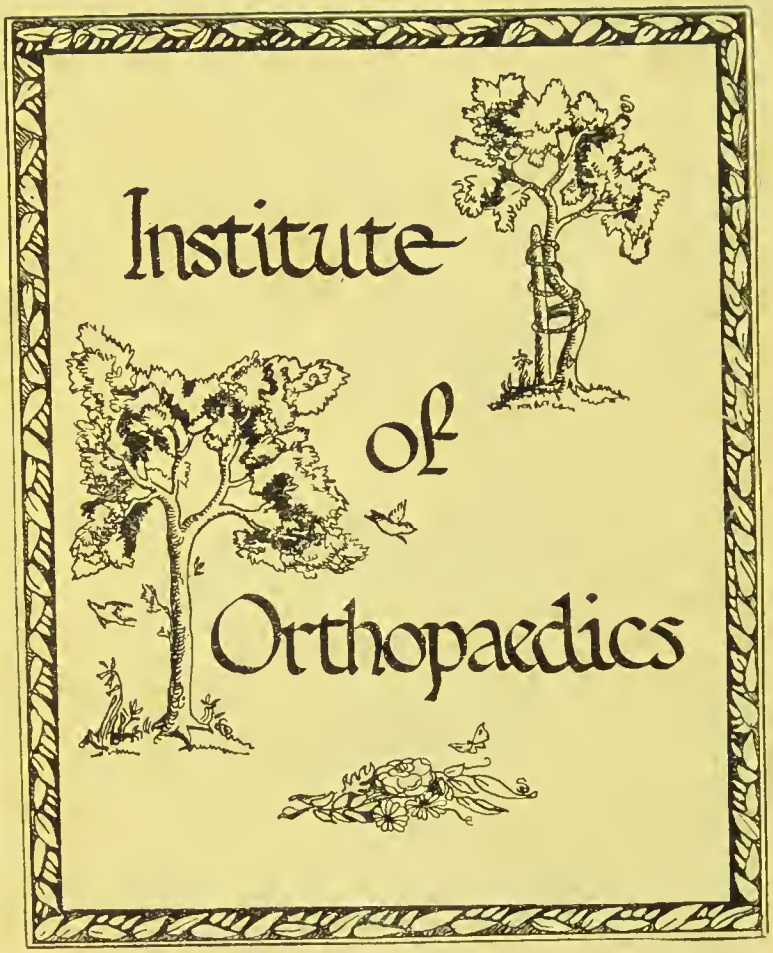

SL WE GOT

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b21288938

Darstellung

der

rheumatischen Krankheiten

auf

anatomischer Grundlage

von

Dr. Andr. Gottschalk,

korrespondirendem Mitgliede der Société des sciences médicales et naturelles zu Brüssel.

Nil ultra quam res loquitur sapere audeo.
Sydenham.

Köln, 1845.
Kölner Verlagsverein.

Inhalt.

Seite.

Vorrede I

Einleitung 1

Erster Abschnitt

Ueber Rheumatismus im Allgemeinen 17

Residuen des Gelenkrheumatismus in der Leiche . . 20

I. Die anatomischen Residuen des Gelenkrheumatismus geordnet nach den einzelnen Eingeweidehöhlen 24

II. Die anatomischen Residuen des Gelenkrheumatismus geordnet nach ihrer Beschaffenheit . . 30

III. Ueber die anatomischen Veränderungen der Synovialhäute 37

IV. Ueber die übrigen Theile, welche der Rheumatismus ergreifen kann 39

V. Ueber die entferntern Residuen des Rheumatismus 46

VI. Ueber die Blutveränderung im Gelenkrheumatismus 49

VII. Ueber das Verhältniss zwischen dem Rheumatismus und den Leiden des serösen oder synovialen Systems im engern Sinne 59

Zweiter Abschnitt.

Symptomatologie des Rheumatismus 62

I. Ueber den äussern Rheumatismus 62

1) Hyperkrinie der synovialen Häute 64

2) Einfache Hyperämie der synovialen Häute . . 69

Seite.

II. Ueber den allgemeinen Rheumatismus, Rheumatismus der synovialen und serösen Häute . . 74

1) Rheumatismus der Synovialhäute, der Spinnwebe- und weichen Hirnhaut 75

2) Rheumatismus der Synovialhäute und der Pleura 80

3) Rheumatismus der Synovialhäute und des Perikardiums 95

4) Rheumatismus der Synovialhäute und des Endokardiums 106

5) Rheumatismus der Synovialhäute und des Zwerchfelles 107

6) Rheumatismus der Synovialhäute und der serösen Häute des Bauches 109

Dritter Abschnitt.

Vorhersagung 126

I. Der äussere Rheumatismus 126

II. Der allgemeine Rheumatismus 127

Vierter Abschnitt.

Ätiologie 131

Fünfter Abschnitt.

Therapie 137

I. Die Behandlung des äussern Rheumatismus . . 138

II. Die Behandlung des allgemeinen Rheumatismus 155

Anhang I.

Einiges über den Unterschied zwischen Rheumatismus und Gicht. 160

Anhang II.

Krankheitsgeschichten und Leichenbefunde 166

Vorrede.

Der Plan zur Bearbeitung der vorliegenden Schrift fällt in die Zeit, wo *Bouillaud* seine *nouvelles récherches sur le rhumatisme articulaire* veröffentlichte, wurde aber erst durch das Erscheinen des *Eisenmann*'schen Buches über „die *Rheumatosen*" zur Ausführung gebracht. Denn wenn man sich mit Vergnügen gestehen durfte, dass das Werk des deutschen Nosographen sein Princip der Krankheitsbeschreibung, das *ätiologische*, in der zusammenhängendsten Folgerichtigkeit darlege und somit das auf ähnlicher Grundlage beruhende Buch *Chomel-Requin's* weit übertreffe, so konnte man doch weder von *Macleod* noch *Bouillaud* rühmen, dass sie das *anatomische* Princip, das sie und besonders der letztere zu Grunde legen gewollt, mit gleicher Vorurtheilslosigkeit aufgefasst und mit gleich scharfer Consequenz scheidend und zusammenfassend durchgeführt hätten. Beide sind zu sehr Broussais'isten, um nicht überall *Entzündung* zu sehen. In einen ähnlichen Fehler scheint mir aber auch *Froriep*, der sich in seiner Schrift „*über die rheumatische Schwiele*" so stark gegen die ätiologische Krankheitsbeschreibung ausspricht,

verfallen zu sein, indem er ohne das anatomische oder überhaupt das *Wesen* des Rheumatismus herauszustellen, Formveränderungen, die, wie die Folge zeigen wird, von dem verschiedensten Werthe sind und sehr oft mit dem eigentlichen Leiden in nur untergeordnetem Zusammenhange stehen als „*charakteristische und konstante Merkmale der rheumatischen Krankheitsformen anerkennt.*“

Der Streit zwischen der ätiologischen Krankheitsauffassung und der anatomischen ist noch nicht geschlichtet; es ist ein Principienkampf, der schon zu *Laënnec's* und in früherer Zeit mit bewusster Heftigkeit geführt worden und von der nächsten Zukunft seine wissenschaftliche Beendigung erwartet. Bis dahin und zu diesem Zwecke wird es wohl das Geeignetste sein, dass jede der beiden Seiten ihre Ansichten selbst bis zu den letzten Folgen durchführt und somit jedem Leser es frei stellt, sein Resultat aus beiden zu ziehen. Darum nun musste dem *Eisenmann*'schen Buche ein das anatomische Princip streng festhaltendes entgegengestellt werden.

Meine Schrift ist und will eine Parteischrift sein, und die neueste Zeit hat solch offenes Erklären hinlänglich gebilligt. Wo Alles mehr oder weniger Partei ist, weil Jeder gewisse Eindrücke überall mit hinträgt, da kann die Wissenschaft nicht parteilos sein, und jener seichte Eklekticismus, der Alles vermitteln, Alles unparteiisch behandeln will, ist gerade für den unbefangenen Leser ein geisti-

ger Despotism, weil er ihm von vornherein sein Urtheil zu benehmen strebt. Jeder Schriftsteller sollte scharf und bestimmt den Ausgangspunkt, die Grundsätze seiner Untersuchungen von vornherein hinstellen und seinen Ruhm nur darin finden wollen, mit sich selbst nicht in Widerspruch zu kommen. Man kann dann seine Principien, seine Prämissen bekämpfen, negiren, ist aber der Mühe überhoben, gegen logische Fehler zu Felde zu ziehen, die er selbst hätte vermeiden müssen. Für den Leser aber erwächst daraus der grosse Nutzen, dass es ihm in jedem Augenblicke bewusst ist, mit wem er es zu thun hat, dass er sein eigenes Urtheil an dem des Schriftstellers und dieses an jenem zu prüfen im Stande ist, dass er den Gegner greifbar und offen vor sich hat und nicht mit Windmühlen kämpft. In einer Zeit, wie der unsern, wo man auf allen Seiten dieselben Phrasen, dieselben Redensarten findet, ist es nothwendig geworden, mit dürren Worten zu sagen, was man will, und wenn ich so gethan, so wird man sich auch stets erinnern, dass ich immer nur die Sachen, niemals die Personen gemeint habe.

In diesem Sinne sammelte und ordnete ich das Material zu dieser Schrift und als im Jahre 1842 die Société des sciences médicales et naturelles zu Brüssel unter ihren Fragen auch den Rheumatismus zum Gegenstande nahm, legte ich ihr einen lateinischen Auszug derselben vor. Sie anerkannte denselben ehrenvoll, unterliess es aber in einem

Bericht sich für die eine oder andere Auffassungsweise zu entscheiden. Möge darum das deutsche ärztliche Publikum über meine Schrift urtheilen. Mit ihr trete ich freilich auf die Seite der neuesten Richtung in der Medicin, ohne jedoch von der entgegenstehenden etwas Anderes als die konsequenteste Durchführung ihrer eigenen Principien zu wünschen. Die Wahrheit wird dann nicht ausbleiben. Wenn man nur in *meiner* Darstellung einen nothwendigen Zusammenhang zwischen Heilung und Krankheitsauffassung, zwischen dieser und den Leichenerscheinungen und der Beurtheilung der letztern nach den allgemeinen Regeln der Naturerforschung anerkennen will, so darf ich es für überflüssig erachten, über die Richtigkeit des Principes der Bearbeitung hier ein Mehreres zur Vertheidigung zu sagen, überflüssig für die Anhänger der anatomischen Auffassung, weil es ihr eigenes ist, und überflüssig für die Ätiologisten, weil sie es geradezu negiren.

G.

Einleitung.

Alles, was wir in und ausser uns wahrnehmen, gestaltet sich in doppelter Weise: 1) als Wahrnehmung des *Stoffes* oder der *Form*, wonach das Wahrgenommene eine *stoffliche*, *formelle*, *sinnliche* oder *reale* Erscheinung genannt wird oder 2) als Wahrnehmung eines den Sinnen nur *mittelbar* Zugänglichen, als einer *Kraft*, einer *Fähigkeit* (Funktion). Das Wahrgenommene selbst wird dann die Erscheinung einer Kraft oder *funktionelle*, *ideelle* (*imponderabele*) Erscheinung genannt. Wie beide Gestaltungsweisen zusammenhängen, wo sie zuletzt nothwendig sich berühren, wissen wir im Allgemeinen nicht. Beide aber haben weder ein Aehnliches, noch ein Drittes.

Die Erscheinungen des *Stoffes* umfassen das ganze unsern Sinnen unmittelbar zugängliche Reich; die *Kraft*erscheinungen dagegen sind nur nach und durch die erstern zu erkennen — oder um uns schärfer auszudrücken: *alle Erscheinungen, für welche wir nach Erkenntniss der Stoffe keine stoffliche Grundlage finden können, nennen wir ideelle.* Von dem Bernstein z. B. wissen wir, dass er unter gewissen Verhältnissen kleine Körper anziehe, daher auch sein griechischer Name. Da uns aber unbekannt ist, warum *er* dieses thue, und an welchem Theile des Stoffes diese seine Eigenschaft hafte, da unsere Untersuchung noch zurück ist, so theilen wir dem Bernstein eine besondere Anziehungs*kraft* zu; seine *Farbe*, seine *Härte* u. s. w. dagegen, von welchen unsere Sinne unmittelbar und ohne Zwischenkunft eines Drit-

ten berührt werden, nennen wir stoffliche, formelle Erscheinungen oder Merkmale desselben. Es lässt sich aber nicht läugnen, dass jene Krafterscheinungen nur als ebensoviele *relative* oder *subjektive* gelten dürfen, weil alle Merkmale, welche nach der zeitigen Kenntniss einer besondern Kraft ihren Ursprung zu verdanken scheinen, spätern und erfahrenern Menschen nichts als stoffliche sein können. Damit stimmt auch die Geschichte aller Kenntnisse und jeder Bildung überein, dass vordem die Menschen nach Gesittung und Aufklärung eben viele erwiesene Kräfte und Fähigkeiten annahmen, welche die Neuern auf den einzigen Elektromagnetism zurückführen, dass ferner Erscheinungen, die man früher als durch eine selbstständige Kraft hervorgebracht angesehen hatte, sich allmälig als Erscheinungen des Stoffes gestalteten.

Nicht anders verhält es sich mit dem *Menschen*, den die Alten desshalb die Welt im Kleinen mit nicht zu bezweifelnder Einsicht genannt hatten, und seinen *krankhaften Erscheinungen.* Diese (gewöhnlich *Krankheitssymptome* genannt) stellen sich entweder als Erscheinungen einer *Form*- oder *Kraftstörung* dar. Die Erscheinungen der Funktionsverletzung sind die sogenannten *subjektiven*, *relativen* Symptome, welche unmittelbar nur von dem Erkrankten wahrgenommen werden, und die für den Arzt als Naturforscher der Krankheit nur dann Werth oder Geltung haben, wenn seine zeitige Kenntniss der Körperverhältnisse nicht hinreicht, alle Erscheinungen aus dem Stoffe zu erklären oder wenn jene (die formellen Erscheinungen) ihm geradezu unbekannt sind. Den Schmerz z. B. der unter gewissen Verhältnissen und ohne wesentliche oder nothwendige und sichtbare Stoff- oder Formerscheinungen auftritt und daher nur vom Kranken wahrgenommen wird, schreibt man einer bestimmten *Kraft*, der *Sensibilität* zu, die sich auf diese Weise unter diesen Verhältnissen offenbare, welche aber unmittelbar und ohne Rückschluss niemals als vorhanden betrachtet werden kann. Man

ersieht daraus, dass die Krafterscheinungen ohne bestimmt gesetzte Ursachen (Reize) nicht in die Erscheinung treten.

Es ist aber leicht zu beweisen, dass in demselben Verhältnisse als die Menge der objektiven und formellen Erscheinungen eines Dinges, des Menschen, des erkrankten Menschen für uns *zunimmt*, in diesem auch die Zahl der subjektiven oder funktionellen Erscheinungen *abnehmen* müsse. Dadurch haben viele Erscheinungen einer Funktionsstörung, welche die Aerzte zu voreilig *Krankheiten* (s. d. F.) genannt hatten, bei etwas vorgerückterer pathologischen Kenntniss sich als stoffliche Erscheinungen ausgewiesen; — der übele Mundgeruch z. B., der uns nur stoffliche Erscheinung ist, z. B. einer Magenüberladung, des Lungenbrandes u. s. w. war den Alten die Erscheinung einer Funktionsstörung und geradezu eine Krankheit. Dass somit dereinst alle Erscheinungen der Funktionsstörung am Menschen in Formerscheinungen sich auflösen werden, oder mit andern Worten, dass man alle Funktionsstörungen aus vorliegenden Veränderungen der Form werde erklären können, ist der stillschweigend verfolgte Gang neuerer Wissenschaft, die, wenn sie sich spekulativ ihre Gränzen stellt, nicht dahin ausartet, dass sie Alles durch die Forschung in der einzelnen, abgesonderten Materie ohne Hinblick auf das Allgemeinere, das Ganze erklären will.

Da uns aber die Kenntniss der Form trotz unserer Hilfsmittel zur Zeit nicht als eine vollendete erscheinen kann, so wäre es unvernünftig, Erscheinungen, deren formelle Grundlage uns entgeht, darum nicht beachten und läugnen oder unter die Rubrik einer *beliebigen* andern bekanntern Stofferscheinung bringen zu wollen. Ebensowenig darf man sich verleiten lassen, sie zur Grundlage eines nosologischen Systems zu nehmen, weil sie *negative*, für unsere mangelhafte Kenntniss des Stoffes nur als das algebraische „X“ eintretende Erscheinungen sind, die, um sie selbst wieder kennen zu lernen, eine grössere Kenntniss des Stoffes erfordern.

Die wahre Krankheitslehre strebt aber dahin, für alle Erscheinungen, für alle Symptome der gestörten Funktion die *wesentlich* und *nothwendig* zu Grunde liegenden Formveränderungen aufzufinden, und wir geben demgemäss folgende Definition der Krankheit:

Die Krankheit ist die Identität der Form- und Funktionsstörung, oder für den besondern Zweck der Krankheitsbeschreibung, *die Identität der pathologischen Semiotik* und Anatomie (deren Theile pathologische Mikroskopie, Chemie u. s. w.).

Wo also bloss formelle oder funktionelle Erscheinungen zugegen oder benannt sind, da fehlt uns Eines zum vollständigen Krankheitsbilde, und wir haben es entweder mit einem *Bildungsfehler* (*Produkt*, *Residuum*, *Cadaver*) oder mit einem *Uebelbefinden* oder blossen nosologischen *Namen* u. s. w. zu thun. Die *Fallsucht* z. B. ist bloss die *Erscheinung* einer gestörten *Funktion*, aber noch nicht *Krankheit*, weil man die zum Grunde liegenden Formveränderungen nicht immer kennt. Die *Melanose* ferner, welche wir in der Leiche finden, und eben diese selbst gelten nur als *Formerscheinung* und nicht als *Krankheit*, wenn sie im Leben keine Symptome hervorgebracht hat oder wie die letztere ohne Leben und nicht mehr Mensch ist; ebenso der *Höcker* u. s. w. Man könnte hier den allgemein-gültigen Satz einwerfen, dass es ja keine Kraft ohne Stoff und keine Materie ohne Kraft gebe, und dass also jede einzelne Funktions- oder Formenstörung darum eine Krankheit sein müsse. Dies ist bloss in der Spekulation richtig, wird aber im Leben, wo wir noch nicht einmal den kleinsten Theil aller Stoffveränderungen kennen, so vielfältig widerlegt, dass eine praktische Pathologie darauf nicht eingehen kann. Genug, wo die eine oder die andere Reihe der Erscheinungen fehlt, da darf der heutige Pathologe ohne Inkonsequenz nicht einmal approximativ eine *Krankheit* her-

stellen, wie sie in unsern Systemen ist. Von einer *Krankheit* überhaupt kann nicht, die Rede sein, so lange uns der *Zusammenhang* der funktionellen oder formellen Erscheinung (selbst bloss empirisch) entgeht, und unser ist die Schuld dieser Unkenntniss, indem wir, Stoff- oder Funktionserscheinungen überschätzend, von einer oder der andern uns allzusehr leiten lassen.

Wenn wir nun aber nach einem Ueberblicke der Geschichte der Medicin behaupten müssen, dass man in der einen oder andern Weise meist zu weit gegangen sei (was bereits *C. Celsus* in seiner Einleitung in Betreff der *Empiriker* und *Idealisten* darstellt), so dürfen wir jene nicht vergessen, welche, um die Scylla wie die Charybdis zu vermeiden, einen Mittelweg einschlugen, der aber freilich nicht der logische war. Sie nannten eine gewisse *Summe*, in der alle funktionellen und materiellen Symptome enthalten waren, *Krankheit*, begreiflich ohne allen Nutzen, weil sie nicht den Werth der einzelnen Theilerscheinungen bestimmten. Die Summa aller Merkmale eines Dinges ist noch nicht das Ding selbst, wenn nicht die zufälligen von den wesentlichen geschieden sind; denn x kann sich als x', x/1, 2x–x etc. etc. darstellen. Und die besten Autoren haben diesen Irrthum nicht immer zu vermeiden gewusst.

Die Schriftsteller über die Krankheit, welche uns hier beschäftigt, lassen sich darnach in 3 Reihen bringen: 1) solche welche sie nach ihren funktionellen, 2) nach ihren formellen, 3) welche sie als die Summe der beiden erstern darstellten. Da für uns kein Nutzen davon zu erwarten ist, dass wir alle Aerzte von *Hippocrates* an, die das Wort „*Rheum*“ oder „*Rheumatismus*“ gebraucht aufführen, indem jeder das Willkürlichste damit bezeichnete, so nennen wir nur einige der vorzüglichsten.

Erste Reihe.

1. W. Cullen [1]) bestimmt den Rheumatismus als: „*eine Krankheit, die von einer äussern und meist augenscheinlichen Ursache entsteht, mit Fieber, mit Schmerz um die Gelenke und längs des Verlaufes der Muskeln, der ferner die Kniee und die übrigen grössern Gelenke eher ergreift als jene der Füsse, und durch äussere Hitze gesteigert wird.*“

Bei dieser Krankheitsbestimmung werden der *Schmerz*, das Zeichen einer gestörten Funktion, und die *äussere Ursache* als Grundlage der Krankheitsbeschreibung angenommen, obgleich beide durch formelle Thatsachen bis jetzt noch nicht zu erweisen sind, abgesehen davon, dass Cullen auf eine individuelle Empfindung, auf die oft täuschenden Aussagen der Kranken Alles baut.

2. C. v. Linné [2]) „*Rheumatismus ist Schmerz der Muskeln bei Bewegung, herrührend von einem Leiden des Zellgewebes*“ (a tunica cellulosa infecta).

Er irrt noch mehr, als Cullen, weil er eine nähere Ursache angibt, die er wenigstens nie gesehen hat.

3. F. B. Sauvages [3]). „*Der Rheumatismus ist ein anhaltender Schmerz in dem fleischigen Theile der Glieder.*“

4. Rud. A. Vogel [4]). „*Der Rheumatismus ist ein Schmerz der Haut und der Muskeln.*“

Immer blieb hier, wie man sieht, die funktionelle Erscheinung das Hauptmoment zur Bestimmung der Krankheit. Wir führen in diesem Sinne noch einige Schriftsteller auf, die es aber an grundlosen ätiologischen Behauptungen schon nicht fehlen lassen.

---

1) First lines etc.
2) Genera morbor. definita. Upsala 1763.
3) Nosolog. meth. 1776.
4) Definit. gen. morb. 1764.

5. *L. Rivierius* [1]. *„Die nächste und unmittelbare Ursache dieses Leidens (des Rh.) ist eine seröse Flüssigkeit, welche wegen ihrer Dünne die Theile nicht zur Geschwulst erhebt und wegen ihrer zur Eiterung wenig geneigten Beschaffenheit keinen Abscess, sondern nur eine gewisse, durch die Wärme des Serums entstehende, entzündliche Anlage hervorbringt.“*

6. *C. G. Selle. „Schmerzen in den Gliedern und Gelenken, die nicht aus einem Krampfe, sondern aus einer Art von Entzündung, welche aber selten in Vereiterung geht, entstehen, und wo zugleich die Kennzeichen der wahren Gicht fehlen, werden Rheumatismen genannt.“*

7. *P. Leidenfrost. „Der Rheumatismus ist ein Schmerz der Muskeln, der aus einer Stasis eines scharfen Saftes entsteht, welcher in ihren eigenen serösen Gefässen oder ausserhalb derselben in den Scheiden der Muskelzotten ergossen ist.“*

Bis zu unsern Zeiten kam jene Erklärung des Rheumatismus, die ihn von einer gestörten Funktion oder Thätigkeit, von einer unbekannten *Schärfe* herleitet. So nennen

8. *Duringe*, *Ritter* und *Dzondi „die Verhaltung des perspirabeln Stoffes rheumatische Krankheit“*, was, um nicht von dem Schweisse zu reden, der im Rheumatismus selten unterdrückt ist, nichts Anderes ist als die *Schärfe* der Alten. Ja diese selbst wird als besonders wichtig zur Krankheitsbestimmung hervorgehoben von

9. *Schönlein* [2]), der an die Stelle des Acre (der Schärfe) *„die durch eine gewisse Veränderung verhaltene organische Elektricität“* setzt.

Alle diese Schriftsteller (und ich würde, wenn ich es für nützlich hielte, noch mehrere anführen) mussten den Rheu-

---

1) Prax. med. 1658.

2) Path. und Ther. 1832.

matismus für eine *allgemeine* d. h. für eine *Krankheit der Säfte* (von denen sie freilich Nichts sahen) halten, weil sie sonst eines die so mannigfaltigen krankhaft-funktionellen Erscheinungen umfassenden Grundes entbehrten. Wie wollten sie sonst den nach Sitz, Charakter u. s. w. so wechselnden Schmerz, die stets wechselnde Geschwulst deuten? Da musste nun das Acre helfen. Es geht daraus aber auch zur Genüge hervor, dass ihre Beschreibung des Rheumatismus eine zu *weite* sein musste, weil die Erscheinungen gestörter Funktion, wie Schmerz u. dgl. nur von dem Kranken wahrgenommen werden und nach der Leibes- und Gemüthsbeschaffenheit, Alter u. s. w. ab- und zunehmen und in ihrer äussern Natur sich verändern können. Auf so schwanken Grund darf der Patholog nicht bauen. Es fehlten die frühern Schriftsteller in dieser Reihe, dass sie Rheumatismus und Schmerz für gleichbedeutend nahmen; die folgenden, weil sie diesem Schmerz noch eine ausser ihm befindliche und dem Stoffe nach unbekannte *Schärfe* unterlegten und somit ein Unbekanntes (den Schmerz) mit einem andern Unbekannten (dem Acre) erklärten. Dass sie bei dieser Untersuchung nicht logisch verfuhren, ist nach der Einleitung leicht begreiflich.

Der Schmerz sei eine blosse Funktionserscheinung, er sei die Erscheinung, die Wirkung einer Kraft, wie der Elektricität oder der Verkühlung, so muss doch, da jede Kraft auch an eine Materie, jede Verrichtung auch an eine Form geknüpft ist, auch eine Beschreibung der Form gegeben werden. Diese aber bildeten sich jene Schriftsteller willkürlich oder übersahen sie ganz. — Und dennoch in der That hängt von der Form, dem Stoffe der verschiedenen Organe wenigstens die *Art* und *Weise des Schmerzes* ab; ich erinnere statt vieler Beweise nur an den neuralgischen Schmerz, der ja durchaus die Form der leidenden Organe nachahmt. Ebenso ist der Schmerz bei Hyperämieen der Eingeweide selbst z. B. der Leber, der Lunge im Allgemeinen *dumpf* (nicht weil

diese Organe weniger empfindlich sind, wie einige Schriftsteller wollen; denn das hiesse sich im Kreise bewegen, sie empfinden weniger Schmerz, weil sie weniger Schmerz empfinden) sondern weil der ergriffene Theil ein *zelliger* (*kubischer*) ist. — Von dem Schmerze der hyperämischen Lunge oder Leber unterscheidet sich der stechend-reissende Schmerz in der Hyperämie der Pleura oder des Peritonäum. Woher dieser Unterschied? Vielleicht von der Hyperämie? Aber diese ist überall Hyperämie. Oder etwa von den in hyperämischen serösen Häuten neugebildeten Nerven? Ebenso wenig. Der Unterschied des Schmerzes rührt von der Verschiedenheit der *Form* der serösen Häute her; er ist *reissend-stechend*, wie es der *membranösen Flächenform* des ergriffenen Theiles entspricht. Warum soll ich also den rheumatischen, flüchtig-reissenden Schmerz sogleich einer durchaus unbekannten *Schärfe* oder der *Elektricität* zuschreiben. Kann ich mich z. B. in Bezug auf letztere mit der äussern Aehnlichkeit ohne Weiteres begnügen, den der rheumatische Schmerz mit elektrischen Schlägen, dem Blitze zeigt? Keinem aber fiel es ein auch die formelle Grundlage des Schmerzes zu erforschen oder bloss zu berücksichtigen. Die Aerzte legen im Allgemeinen nur ein geringes Gewicht bei der einzelnen Krankheitserforschung auf die subjektiven Erscheinungen, auf die Empfindungen der Kranken, aber sie scheuen sich nicht, darauf nosologische Systeme und Folgerungen zu gründen!

Zweite Reihe.

In die *zweite* Reihe gehören jene Schriftsteller, welche, indem sie die formellen Erscheinungen des Rheumatismus festzustellen suchten, ihn eine *örtliche* Krankheit nannten:

1. Th. Sydenham [1]) der *den Rheumatismus für eine Entzündung erklärt.* Als er aber später die formellen Er-

1) Vgl. G. v. Swieten comm. Van Swieten selbst, dem später S. G. Vogel und Jos. Frank folgten, nannte den Rheumatismus eine „*specifike Entzündung.*“

scheinungen der Entzündung vermisste, gab er seine eigene Lehre auf.

2. Barthez[1]) hielt den Rheumatismus für *eine eigenthümliche Entzündung der muskulösen und sehnigen Theile mit Synocha.*

3. Pinel[2]) gibt keine weitere Erklärung, *obgleich er zunächst zwei Arten des Rheumatismus annimmt, einen muskulösen und fibrösen, welcher den Uebergang zum Podagra mache.*

4. Barde, Dalbant und *Vaidy*[3]) nennen den *Rheumatismus eine Entzündung der Arterien der Muskeln und Sehnen.*

5. Mitchell und *Steinheim* leiten ihn von einer entzündlichen Reizung des Rückenmarkes her.

6. Trousseau schuf eine Synovitis, *Piorry* eine *Haemitis* zur Erklärung des Rheumatismus. Zu ihnen gehört auch *Bouillaud.*

An den Benennungen der Schriftsteller der zweiten Reihe tadeln wir zunächst die zu grosse *Enge*, die auf die funktionellen Erscheinungen keine Rücksicht nimmt, und ihre *Willkürlichkeit.* Eine Erscheinung darf ich darum nicht umgehen, weil ich ihre Natur nicht kenne, wie jene Schriftsteller mit dem Namen „*Entzündung*" gewiss nicht die Hälfte der den Rheumatismus begleitenden subjektiven und objektiven Symptome und Empfindungen auffassen, da ja alle Erscheinungen der gewöhnlichen Entzündung und des Rheumatismus durchaus verschieden sind. Sie ignoriren somit das Wesentliche des Rheumatismus, was ihn von der Entzündung unterscheidet; ausserdem gewiss habe ich mit dem Worte Entzündung noch gar nichts erklärt, wenn z. B. die Resultate einer Entzündung der Eingeweide und der serösen Häute, wie die Sektion erweist, so sehr verschieden sind. Was nützt es also den Rheu-

1) Ueber die Gicht.
2) Nosographie phil.
3) S. Eisenmann.

matismus eine Entzündung zu nennen? Habe ich da nicht an die Stelle der alten *Schärfe* ein neueres ebenso wenig erklärendes Wort gesetzt? Aber fast vergesse ich, dass man, und dies gilt besonders von *Bouillaud*, zur Annahme der Entzündung kam, um eine gewisse Therapie zu rechtfertigen. Gibt es wohl etwas Verkehrteres in der ganzen Medicin? Was aber bedeutet eine „*specifike Entzündung*?“ Habe ich dadurch das Verhältniss aufgeklärt, dass ich zu einem unbekannten, unpassenden und willkürlichen Entstehungsgrunde noch einen zweiten unbekannten hinzufüge? Wie will man es ferner entschuldigen, dass man auf diesen aus zwei unbekannten Grössen hergestellten Grund sogar Krankheitskonstitutionen und nosologische Systeme, rheumatische Luftkonstitutionen, Epidemieen u. s. w. gegründet hat? Weil dem Rheumatismus, wie ihn die Aerzte auffassen, die formellen Erscheinungen fehlen, so geschah nichts weiter, als dass man die erste beste Reihe oder Gruppe von Symptomen, wie die Entzündung, die entweder die Zeit oder die Laune bot, mit einem unbekannten Etwas, etwas Specifikem ausstattete und so als die zu beschreibende Krankheit in die Welt schickte. Wie dadurch die Therapie wurde, ist leicht zu ermessen! Ist's da nun nicht besser, seine Unwissenheit offen zu bekennen, als auf diese Weise gegen selbstgeschaffene Luftgebilde zu streiten?

Möge wegen der Wichtigkeit des Gegenstandes eine etwas weitere Darlegung dieser Verstösse gegen Logik und Pathologie gestattet sein. Der Rheumatismus ist entweder Entzündung oder nicht. Sie sind nun nicht gleich, wenn beide auch einige *zufällige* Merkmale gemein haben, denn jedes Ding muss sich doch selbst gleich sein; Du kannst also aus beiden nicht ein Beliebiges zusammensetzen, was wiederum jedes Einzelne sein soll. A ist entweder B gleich oder nicht. In beiden Fällen kommt durch die Zusammensetzung etwas heraus, was weder A noch B ist. Wie trivial dies auch er-

scheinen mag, dennoch ist es nöthig darauf aufmerksam zu machen. Denn häufig begegnet man Beschreibungen wie z. B. der „*rheumatischen Pleuritis, Perikarditis*," und man glaubt dann vielleicht einen wahren Rheumatismus nebst einer wahren Entzündung des Rippenfelles oder des Herzbeutels vor sich zu haben. O nein; in einem solchen Falle war eine Krankheit, welche weder eine ächte Pleuritis oder Perikarditis noch ein wirklicher Rheumatismus gewesen (Vgl. nur Stolls Beschreibung der rheumatischen Pleuritis im Folgenden); — weil man aber *einige funktionelle* Erscheinungen (denn von formellen ist niemals die Rede) die beiden gemein waren, vorfand, so hielt man sich berechtigt, sie ohne Weiteres so zusammenzusetzen, dass das Neuentstandene den Rheumatismus wie die Entzündung enthielt. Immer hofften die Aerzte, dass von neuen Leichenuntersuchungen, von wiederholten Beobachtungen eine bessere Kenntniss des Rheumatismus kommen würde; und niemals dachten sie an diese schlechte Logik. Man hatte viele Leichen solcher, die nach Rheumatismus gestorben waren, geöffnet, und dennoch und obgleich er ungleich häufiger beobachtet worden, ist unsere Kenntniss desselben so himmelweit z. B. von der der Pneumonie verschieden. Es dünkt uns fast, als ob die Aerzte auf stets neue Beobachtungen nur desshalb gewartet haben, weil die vorhandenen ihren Voraussetzungen entgegen zu sein schienen. Wenn sie aber nicht hinreichten, wenigstens in Etwa die formelle Grundlage des Rheumatismus festzustellen, so war es wahrlich die Schuld der Aerzte selbst, und um so mehr müssen wir glauben, dass wir unsere Kenntniss dieser Krankheit nicht erweitern werden, wenn wir nicht den alten Weg verlassen.

Dritte Reihe.

Wir kommen zu der dritten Reihe der Schriftsteller über den Rheumatismus, die ich die *empirischen Eklektiker* nennen möchte; zu ihnen gehören:

1. *H. Boerhaave.* „*Eine den Gelenkleiden (Arthritis) dem Podagra, und dem Scorbut verwandte Krankheit wird sehr häufig beobachtet; man nennt sie Rheumatismus.*“

Ungeachtet des Lobes, welches *G. van Swieten* dieser Beschreibung spendet, müssen wir sie doch als zu *weit* tadeln, (denn womit kann der Rheumatismus nicht verwandt sein), abgesehen davon, dass sie den Fehler der „*specifiken Entzündung*“ wiederholt, indem sie Krankheiten zur Erklärung von Krankheiten nimmt. Man vergesse doch niemals, dass die Krankheiten, wie sie in unsern Systemen stehen, nur annähernde Beschreibungen von Zuständen sind, die keine andere logische Begründung haben als das Zusammenfallen in *Zeit* oder in *Raum*, selten in beiden zugleich. Die Pathologie, wie ich schon oben angedeutet, kann nur dahin streben die funktionellen Erscheinungen auf nothwendige Erscheinungen der Form zurückzuführen; — die Aehnlichkeit der subjektiven Wahrnehmungen kann aber in der Krankheitslehre niemals etwas begründen. Nicht besser ist des folgenden Schriftstellers Definition.

2. *J. B. M. v. Sagar* [1]). „*Ein langwieriger Schmerz in dem fleischigen (sehnigen) Theile der Glieder oder den die Muskeln einhüllenden Häuten ohne Entzündung,* ***Rheuma,*** *Katarrh, Rose mit einem mit einer gallertartigen Kruste bedeckten Blute (der Urin hat häufig eine schwefelähnliche Farbe).*“

3. *Latour j.* [2]) verwirft zwar, worin ich ihm mit *Cruveilhier* beistimme, den Namen „*Rheumatismus*“ als für die Krankheit selbst Nichts bedeutend, nimmt aber alle Beschreibungen ohne Unterschied an und auf.

4. *Chomel* [3]), der *Stahl* und *Boerhaave* folgt, gibt dem Rheumatismus den Charakter der Entzündung und der Hä-

1) Systema morbor. systematic. 1763.
2) Essai sur le rhum.
3) Leçons édit. de Requin.

morrhagieen, indem er ihn zugleich dem Podagra nahe bringt.

5. Roche [1]) meint: Der Gelenk- oder fibröse Rheumatismus und die *Gicht* seien eine und dieselbe Krankheit, nämlich *eine Entzündung des serös-fibrösen Systems der Gelenke*, die ihre Beweglichkeit der Einwirkung eines *Reizes*, der auf einem entfernten Punkte wirke, und der *Thätigkeit der Sympathieen*, welche alle Punkte des serös-fibrösen Systems unter sich und mit analogen Geweben verbinden, und der **geringen Adhärenz der Entzündung in dem Gewebe** verdanke. Ausser dem Kreise in der Begriffsstimmung (wo die geringe Adhärenz die Beweglichkeit d. h. die geringe Adhärenz erklären soll) finden wir noch die Schärfe der Alten mit der Hypothese über die Entzündung vergesellschaftet.

6. Eisenmann [2]). *„Die Rheumatosen sind Krankheiten, welche durch eine eigene Modifikation der Luftelektricität oder durch Thermo-Elektricität erzeugt werden, in allen Geweben und Organen des Körpers auftreten, und auf einer anomalen Plastik der Capillarität beruhen, bei welcher auf der Haut eine weniger gespannte organische Elektricität entbunden wird, als im gesunden Zustande, die sehr gerne und sehr schnell ihren Sitz wechseln und sohin oft plötzliche Umsprünge machen; welche wohl ihren eigenen zur Zeit noch nicht näher gekannten Krankheitsstoff, besonders viel kohlensauren und phosphorsauren Kalk aber kein Contagium bilden; welche mit und ohne Fieber, mit dem sthenischen, hypersthenischen, hyposthenischen und asthenischen Charakter auftreten, akut und chronisch verlaufen können; welche endlich in den Organismen, in welchen sie*

---

1) Nouveaux élémens u. s. w. und Dict. d. sc. médic.

2) Die Krankheitsfamilie Rheuma 1842.

ein oder das andere Mal gehaust haben, eine sehr gesteigerte Anlage für sich zurücklassen.“

Diese Definition stellt die Gelegenheitsursache als das Wesen der Krankheit voran und bezeichnet mit der schärfsten Consequenz alle jene Symptomengruppen, wo eine solche ätiologische Einwirkung sich nur halbwegs aufweisen lässt, als *rheumatisch*, als Rheumatose. Unsere ganze Schrift ist gegen die Richtigkeit dieses Principes der Krankheitsbeschreibung gerichtet, und wir begnügen uns daher, hier bloss die Worte *Laënnec's* aufzuführen:

„Je crois que l'étude des espèces anatomiques des maladies est la seule base des connaissances positives en médecine et qu'on ne doit jamais la perdre de vue dans les récherches étiologiques sous peine de poursuivre des chimères et de se créer des fantômes pour les combattre.“

7. *Froriep* [1]) hat die Mängel der ätiologischen Auffassung klar erkannt und objektive Erscheinungen zu geben sich bemüht. Wenn er aber sagt: „*Die rheumatischen Krankheitsformen äussern sich bald als Schmerz, bald als Gefühlslähmung, bald als Zuckung und Krampf, bald als Zittern und vollkommene Bewegungslähmung, bald als Geschwulst, bald als Atrophie*“ *so kann man natürlich fragen, wo ist der innere Grund zu dieser Zusammenstellung als* ***rheumatischer*** *Leiden?* Warum sind *diese* Erscheinungen gerade *rheumatische?* Warum nicht den Rheumatismus hystericus, saltatorius, scorbuticus, metallicus, necroseos, convulsivus, dorsalis (vom übermässigen Beischlaf) u. s. w. bei Cullen unter denselben erwähnen? Froriep verfällt in den Fehler der Aetiologisten; er postulirt sich die rheumatischen Krankheiten, wie man sie heute oder wie er allein sie annimmt, und sucht die objektiven Grunderscheinungen dafür

1) Beobachtungen über die Heilwirkung der Elektricität u. s. w. Weimar 1843.

in den von ihm beschriebenen Exsudationen. Wie können diese aber etwas erklären, wenn ich noch nicht bestimmt habe, was sie erklären sollen? — Entweder ist überall Rheumatismus, wo eine örtliche Exsudation (mag sie primär oder nicht primär sein); dann dehnt Froriep mit einem anatomischen Principe das Reich der Rheumatosen bald eben so weit als Eisenmann mit einem ätiologischen aus; — oder die Exsudation reicht nicht aus den Rheumatismus zu erklären, gibt sein Wesen nicht, und dann kann man sie nicht „als charakteristische und konstante Merkmale der rheumatischen Krankheitsformen erkennen!“

Erster Abschnitt.

Ueber Rheumatismus im Allgemeinen.

Ich habe die Definitionen einiger besonders neuerer Schriftsteller in der Einleitung etwas weitläufiger auseinandergesetzt, um den Ursprung jener Ungewissheit in Betreff der Pathologie des uns beschäftigenden Leidens (welche schon so viele bemerkt und getadelt haben) darlegen zu können. Es gilt zu finden, was wesentlich *rheumatisch* und was zufällige Zuthat.

Die Benennungen der Krankheit sind nicht so willkürlich als man nach dem Vorigen zu glauben geneigt sein möchte. Wem freilich jede krankhafte Erscheinung in der Form und Verrichtung schon die Krankheit selbst ist, der ist der Mühe überhoben, das Wesentlichere in den Symptomen von dem Unwesentlicheren zu scheiden und ihrer aller gemeinschaftlichen Ausgangspunkt zu suchen; der ist der rohe Empiriker, der gegen jedes Ding zu Felde zieht, ihm einen besondern Namen gibt, ohne nach seinem Woher und Wohin zu fragen. Das war aber nicht der Gang der hippokratischen Medicin. Hatte auch eine wiederholtere, mehr ins Einzelne gehende und vorurtheilsfreiere Beobachtung manchen Vorgang uns kennen gelehrt, den wir bislang nur als Krankheitssymptom hinnehmen konnten, weil seine formellen Veränderungen uns entgingen, wie die sogenannten Nervenkrankheiten, so haben wir wiederum auch manchen Halt gewonnen in der Untersuchung

der Materie selbst. Aber dennoch wollen wir nicht verhehlen, dass für die heutige Krankheitsbestimmung, noch keine andere Regel uns geworden ist, als das Zusammenfallen der krankhaften Erscheinungen in *Raum* und *Zeit;* dass ihre letzte Ursache uns noch entgeht und gewiss so lange entgehen wird, als uns die Lebensvorgänge in ihrer letzten Gestaltung noch nicht bekannt geworden sind.

Zur Bestimmung einer Krankheit kann man sich aber doch unmöglich an den blossen Namen halten, man kann doch wahrlich nicht analytisch, a priori in einer That des täglichen Lebens zu Werke gehen.

Gewiss darf man sich nicht zunächst den *Namen* und dann die Krankheits-*Symptome* dazu suchen. Denn der Name ist etwas nachgeborenes, der häufig von einem einzelnen Symptome hergenommen ist, und nur die individuelle Auffassungsweise Eines Schriftstellers gibt. Man vergleiche nur *Sagar's* oben angeführte Definition, wo das zu erklärende Wort in ihr selbst wieder erscheint!

Diejenige Symptomengruppe (s. unten) die nach Inhalt und Umfang von allen heutigen und früheren Schriftstellern als unbezweifelte Form des Rheumatismus angenommen wurde, die das vollständigste Bild der eigenthümlichen Erscheinungen desselben enthält, stellen wir als die Grundlage dieser Schrift voran. Ihre wesentlichen Charaktere werden wir aufsuchen, und Alles, was ***diese*** *zeigt, als rheumatisch verkünden, was sie nicht hat, als nicht-rheumatisch beseitigen.*

Diese vollständigste Reihe rheumatischer Symptome findet sich aber in dem „hitzigen Gelenkrheumatismus" nach dem einstimmigen Zeugnisse aller Schriftsteller und Aerzte. Seine wesentlichen, niemals fehlenden Charaktere müssen das specifik Rheumatische sein. Was ich über ihn bei jenen, die sich durch die vollständigste Beschreibung besonders der Resultate der Leichenuntersuchung ausgezeichnet haben, ge-

funden, werde ich in den Kreis meiner Betrachtung ziehen; und so glaube ich der Logik und der Nosographie, die doch niemals jener entbehren darf, am besten zu genügen, *indem ich zunächst die wesentlichen Symptome festzustellen und dann die Störung der Function aus der Störung der Form als nothwendig zu folgern suche.*

Wenn Einer die Geschichte der Pneumonie oder Hepatitis schreiben wollte, so würde er sie doch wahrlich nicht auf das Symptom und die Natur des Schmerzes in jenen Krankheiten begründen; warum man es aber anders mit dem Rheumatismus gehalten, in welchem nach *Macleods*, *Frorieps* und meinen Beobachtungen der Schmerz häufig fehlen, häufig fix oder flüchtig sein kann, sehe ich nicht ein. Es verliessen die Schriftsteller über Rheumatismus den Weg, der nach den Zeugnissen, um bloss ältere Schriftsteller anzuführen, des *Baglivi*, *Bonnet*, *Morgagni* ja sogar des *Hippocrates* und *Aristoteles* von dem Nosographen allein eingeschlagen werden darf, der Weg der *Beobachtung*, des *Schauens*.

Wollen wir uns dann noch wundern, dass sie so sehr geirrt; werden wir uns wundern, dass die Darstellungen des Rheumatismus, auf grundlosen Voraussetzungen beruhend, immerdar schwankend, vorübergehend, ungreifbar, gewesen? Die Aerzte, welche den Morgagnischen Weg zur Erfahrung anderer Krankheitsreihen so gern eingeschlagen haben, scheinen den Rheumatismus wie einen alten Familiengötzen mit besonderer Ehrfurcht betrachtet zu haben, den man durch Leichengeruch nicht verunreinigen dürfe.

Jede Krankheitsbeschreibung fusst auf der Darstellung der funktionellen und formellen Erscheinungen. Sie müssen die Residuen in den Ausführungsgängen und in der Leiche erklären können, und umgekehrt diese jene. Die Grundlage der vorliegenden Arbeit wird aber jede in dieser Weise mir möglichst-vollständig bekannt gewordene Krankheitsgeschichte sein.

Residuen des Gelenkrheumatismus in der Leiche[1]).

1.

Das *seröse System im Allgemeinen*, mit dem wir uns im Folgenden beschäftigen werden, besteht aus den *eigentlichen serösen* und den *synovialen Häuten*. Zu den erstern gehören: die *Spinnwebehaut des Gehirns und Rückenmarks*, die beiden *Brustfellsäcke*, der *Herzbeutel*, der *Bauchfellsack*, *die eigenthümliche Scheidenhaut des Hodens* und die *serösen Säcke des Auges*, des innersten *Ohres*, *die innere Gefässhaut nach Rudolphi; zu den* letztern die *Gelenkhöhlen*, die *Höhlen* der *Schleimscheiden* und *Schleimbeutel der Muskeln und der Haut*. — „Die serösen Häute im Allgemeinen, sagt *E. H. Weber* S. 395 seines Buches, haben eine innere, dichte, glatte, durchsichtige, einförmige Lage oder Oberfläche, an welcher weder mit dem Auge noch mittelst des Mikroscopes Fasern und Oeffnungen wahrgenommen werden können. Ihre äussere Oberfläche haftet entweder an andern Organen, z. B. an der harten Hirnhaut oder an den Gelenkknorpeln, und kann dann gar nicht sichtbar gemacht werden, weil diese Häute durch kein Hilfsmittel von diesen festen Theilen abgelöst werden können, oder sie ist mit Zellgewebe verbunden und kann dann gleichfalls nicht vollkommen von diesem Zellgewebe entblösst dargestellt werden, weil dieses ohne Gränze mit der dichten Oberfläche der Membranen verschmilzt.“ — „Wegen der ausserordentlichen Dünnheit jener innern, dichten, glatten Lage, und wegen dieses genauen Zusammenhangs mit dem Zellgewebe und mit andern Theilen, mit welchen die serösen Häute in Berührung sind, kann man nicht entscheiden, ob die serösen Häute eine vom Zellgewebe verschiedene Substanz besitzen, oder ob sie nur als ein an der Gränze einer Höhle verdichtetes Zellgewebe zu betrachten sind. *Bordeu* und *Haller* glaubten das erstere. *Haller* be-

1) Die weitläufigere Beschreibung der hier benutzten 32 Sektionen s. im Anhange II.

hauptet durch Einblasen von Luft, noch deutlicher aber durch langes Einweichen im Wasser diese Häute ganz in lockeres Zellgewebe verwandelt zu haben. *Rudolphi* hat dagegen die Meinung, dass der dichte glatte Theil derselben aus einer äusserst dünnen Lage Hornsubstanz bestehe, von der wenigstens so viel erwiesen ist, dass die aushauchenden Gefässe des Zellgewebes mit ihr in Verbindung sind.

Ob nun die eine oder andere Annahme die anatomisch richtigere sei, wollen *wir* wenigstens unentschieden lassen, jedenfalls aber dürfen sich die Anatomen nicht etwa auf die Krankheitslehre zur endlichen Entscheidung berufen, da diese nur Erscheinungen auf und innerhalb der serösen Fläche kennt, also auch nur von einem serösen Gewebe sprechen kann; und offenbar im Irrthume sind jene Pathologen die nach der *Bichat*'schen Weise, wie bis dahin geschehen, von Krankheiten des *serös-fibrösen* (als eines aus zwei Lamellen bestehenden) Gewebes reden; immerhin bleibt es ihnen ein specifikes, das seröse Gewebe, welches von dem fibrösen, mukösen u. s. w. durchaus verschieden ist. Darauf musste ich hier besonders aufmerksam machen, weil die neueren Schriftsteller über Rheumatismus besonders *Bouillaud*, *Chomel*, *Roche*, *Macleod* u. s. w. auf diesen Unterschied gar keine Rücksicht nehmen und immerfort von dem fibrös-serösen Systeme reden, gewiss durch irgend eine vorgefasste pathologische Idee (Identität von Rheumatismus und Gicht) geleitet. Durch diesen anscheinend geringen Umstand sind sehr viele Schwankungen in der Darstellung unserer Krankheit entstanden, wie wir eben berührt haben und in der Folge ausführlicher zeigen werden.

Bouillaud in seinen „*neuen Untersuchungen über den Rheumatismus*“ geht sogar so weit zu behaupten, und *Eisenmann* wird ihm gewiss beistimmen, „dass die Frage über den Sitz nicht dieselbe sei wie über die Natur der Krankheit,“ — eine Behauptung, die anscheinend ganz richtig in ihren Folgen die Pathologie den Hypothesen der Aetiologie überantwortet hat,

und leicht zu dem gegentheiligen Ausspruch führte, dass die Natur der Krankheit durch eine Veränderung des Sitzes nicht geändert würde. So viel übrigens steht fest, und wir leiten absichtlich die Aufmerksamkeit unserer Leser darauf hin, dass eine anscheinend gleiche Krankheit andere Residuen auf dem serösen, als auf dem fibrösen oder mukösen u. s. w. Gewebe zurücklässt, und dass es thatsächlich gerechtfertigt ist, die grossen histologischen Unterscheidungen als massgebend und nothwendig auch für die Pathologie festzuhalten.

Nicht anders verhält es sich mit den synovialen Häuten, welche Anatomen und Pathologen den serösen Membranen zugesellen. Ob aber die uns eben beschäftigende Krankheit zu Gunsten dieser Annahme ist, wird aus dem Folgenden erhellen; wir vertheidigen den Zusammenhang des synovialen und serösen Systemes auf anatomische Gründe hin, obgleich es wohl bekannt ist, dass die den Pathologen geläufige Metastase sie nicht beweiset, da sie, die anatomische Sympathie, eben durch die Metastase ohne Weiteres begründen zu werden pflegt. Dass aber hat die Pathologie gezeigt, dass krankhafte anatomische Veränderungen auf den eigentlich serösen Häuten diesen den äusserlichen Charakter der synovialen mittheilen können; ich erinnere nur an die exsudative Hyperämie der Pleura z. B. wo das Exsudat sehr eiweissreich wie die Synovie ist, dagegen aber das normale Sekret der serösen Häute nur wenig Eiweiss enthält. Darum ist die Anatomie auch durch die Pathologie gerechtfertigt, wenn sie in das seröse System auch die Synovialhäute aufnimmt.

2.

In keinem einzigen der 32 im Anhange II von uns mitgetheilten Untersuchungen der in Folge des sogenannten Gelenkrheumatismus Verstorbenen, bei deren Leben die Erscheinungen sich bald auf die Gelenke, bald auf die Eingeweide, bald auf beide zugleich bezogen, *fehlte jemals eine auf-*

fallend krankhafte Veränderung auf einer serösen oder einer synovialen Membran, so dass wir behaupten müssen: *der akute Gelenkrheumatismus nehme immer als seinen nothwendigen Sitz das synoviale oder seröse Gewebe ein*, wie die Pneumonitis die Lunge, die Hepatitis die Leber u. s. w. Daraus folgt ferner: *es kann niemals vom Rheumatismus die Rede gewesen sein, wenn nicht Residuen auf der einen oder andern serösen oder synovialen Membran bei der Sektion gefunden wurden.*

Hier kommen nun zwei Umstände zur besondern Betrachtung: 1) Was lässt sich aus diesen in der Leiche vorgefundenen Gewebsveränderungen auf das frühere Leben zurückschliessen? Kann man aus den Veränderungen auf den serösen Häuten schliessen, dass sie auch *ihnen eigenthümliche* krankhafte Erscheinungen während dem Leben gezeigt haben? Mit andern Worten darf ich von gewissen Leichenerscheinungen z. B. der Pleura etwa auf eine Pleuritis während des *Lebens* schliessen, wo doch ganz andere Verhältnisse massgebend gewesen sind. — 2) Man sieht dass diese Frage geradezu das Wesen der anatomischen Medicin berührt. Es ereignet sich z. B. dass während des Lebens die serösen Häute gar keine Erscheinungen zeigen, wogegen man in der Leiche allerhand Ansammlungen auf denselben findet. Wer beweist uns nun, dass wir es da nicht mit einer Ablagerung etwa aus dem Blute statt mit dem Residuum eines pleuritischen Processes zu thun haben?

Für eine Ablagerung aus dem *Blute* sprechen: 1) die *Verbreitung der Ablagerung auf allen Geweben*, weil das Blut selbst so allgemein verbreitet ist und 2) die *Unversehrtheit* oder verhältniss*mässig geringe* oder sogenannte *sekundäre Veränderung der serösen Häute selbst.* 3) Die *Ablagerung haftet nicht an den Wänden, sondern ist frei in den serösen Säcken.* Kommt nun noch hinzu, dass im Leben sich mechanische und nicht erfahrungsmässig idiopathische Symptome der Pleura z. B. vorfinden; so ist es unzweifelhaft, dass die se-

röse Haut nur sekundär betheiligt worden ist. — Endlich wollen wir noch bemerken, dass für den Diagnostiker, für den Arzt überhaupt die sinnlichen (formellen) Erscheinungen der Leiche den im Leben beobachteten Formveränderungen an Werth nachstehen, z. B. wenn die äussere Haut im Leben durch die Krankheit roth erscheint wie in den Ausschlägen und bleich im Tode, so ist die Röthe das pathognomische Symptom und höchstens darf man sagen, sie sei nicht hyperämisch mit Neubildungen gewesen, weil sie in der Leiche keine Residuen hinterlassen. (Ich spreche immer von *Residuen* und nicht wie die meisten Anatomen von *Produkten*, weil sie eben nur Formerscheinungen sind und wir *Processe*, wie sie die Chemie hat, nicht kennen.) 4) Bin ich berechtigt, die Stellen, wo Krankheitsresiduen gefunden werden, als die den betreffenden Krankheiten wesentliche und nothwendige zu bezeichnen? Diese Frage beantwortet sich sehr leicht aus der vorigen, und nehme ich darum keinen Anstand zu behaupten, dass der Rheumatismus keine *allgemeine*, keine *wesentliche, primäre Blut*krankheit ist, weil die obigen 3 Merkmale der Ablagerungen in der Leiche fehlen.

I. Die anatomischen Residuen des Gelenkrheumatismus geordnet nach den einzelnen Eingeweidehöhlen.

1. Arachnoidea vorzugsweise.

Fall 2: Serös-blutiger Erguss.

„ *31:* Injektion derselben mit leichten Spuren von Ergiessung; Erguss in den Ventrikeln.

„ *32:* Ablagerung grünlich aussehender eitriger Materie, die über den grössern Theil der linken Hemisphäre verbreitet ist, beträchtlicher Erguss in den Ventrikeln.

Vorkommen: 3 Mal unter 32 Fällen. $^3/_{32}$.

2. Arachnoidea und Pleura.

„ *4:* Gelblicher, fibrinöser Erguss.

„ *5:* Desgleichen.

Vorkommen: 2 Mal unter 32 Fällen. $^2/_{32}$.

3. Pleura vorzugsweise.

Fall 3: Falsche Häute, (Entzündung).

„ *6:* Seröse Kyste.

„ *10:* Freie grünliche Serosität (zugleich Lungentuberkeln; Röthe der innern Aortenhaut).

Vorkommen: 3 Mal unter 32 Fällen. $^3/_{32}$.

4. Pleura und Peritonäum.

Fall 11: Eiterung.

Vorkommen: 1 Mal unter 32 Fällen. $^1/_{32}$.

5. Peritonäum vorzugsweise.

Fall 1: Seröser Erguss.

„ *12:* Blutiger Erguss (zugleich eine kleine Kyste unter der serösen Darmhaut; die Follikel entwickelt und schwarz, blutreiche falsche Häute).

Vorkommen: 2 Mal unter 32 Fällen. $^2/_{32}$.

6. Pleura und Perikardium auf gleiche Weise.

Fall 7: Albuminöser Erguss (zugleich Diaphragmatitis[1]), Hypertrophie des Herzens.)

„ *13:* Falsche Häute (zugleich Diaphragmatitis, Verletzung der Magenschleimhaut nach dem Berichterstatter *Bouillaud* durch den Gebrauch des Brechweinsteins.)

„ *15*: Falsche Häute (zugleich Diaphragmatitis und Verletzung der Lungen.)

„ *19:* Erguss gelblicher Serosität (zugleich Hyperthrophie des Herzens, Verletzung des Endokardiums.)

„ *30:* Falsche Häute, (dabei Gelenkleiden.)

Vorkommen: 5 Mal unter 32 Fällen. $^5/_{32}$.

7. Perikardium vorzugsweise.

Fall 8: Hyperämie mit einem geringen flüssigen Exsudat.

„ *9:* Dieselbe nebst vieler Flüssigkeit (Erweichung der Milz.)

---

1) Wenn wir von Entzündungen sprechen, so meinen wir die sogenannten entzündlichen Residuen, *exsudative Hyperämieen.*

Fall 14. Netzförmige falsche Haut mit trüber Flüssigkeit (Ergriffensein der Gelenke, Hypertrophie des Herzens.)

„ *16:* Dieselbe; klare Serosität.

„ *20:* Dieselbe; geringe röthlich-trübe Flüssigkeit.

„ *21:* Dieselbe; viele röthlich-trübe Flüssigkeit.

„ *22:* Dieselbe; viele seröse Flüssigkeit.

Vorkommen: 7 Mal unter 32 Fällen. $^{7}/_{32}$.

8. Endokardium vorzugsweise.

Fall 17: Gleichförmige Röthe mit albuminöser Conkretion (Röthe der innern Haut der vena saphena und einer Synoviale.)

„ *18:* Röthe über den grössten Theil (Eiterung der Herzsubstanz selbst.)

„ *23:* Albuminöse Exkrescenzen (Hypertrophie des Herzens.)

„ *24:* Falsche Haut (Hypertrophie der Klappen.)

„ *26:* Falsche Haut (Ebenstarke Perikarditis.)

Vorkommen: 5 Mal unter 32 Fällen. $^{5}/_{32}$.

9. Synovialhäute allein oder vorzugsweise.

„ *14:* Weisse Flocken und Trockenheit in jedem Karpalgelenk.

„ *17:* Eiterung und Hyperämie im Kniegelenk (Röthe der Vena saphena.)

„ *22:* Grössere Menge von Synovia im Kniegelenk.

„ *25:* Eiterung; Zerstörung der Knorpel.

„ *27:* Eiterung im Hüftgelenk und ringsherum; Ulceration der Knorpel und Ligamente.

„ *28:* Eiterung und Ulceration im ersten Gelenk des Zeigefingers und im linken Hüftgelenke.

„ *29:* Eiterung im rechten Kniegelenk mit Hyperämie der Synovialhaut, ohne Verletzung der Knorpel; im Metakarpalgelenk eines Fingers; Röthe im linken Knöchelgelenk. Cf. Fall 30.

Vorkommen: 9 Mal unter 32 Fällen. $^{9}/_{32}$.

Zusatz: *Sieben* Male fand sich der seröse Ueberzug des Herzbeutels und Herzens (F. 7, 9, 14, 15, 20, 21, 23), *fünf* Male die seröse Haut des Herzbeutels allein, (F. 8, 13, 19, 21, 26), *drei* Male die seröse Haut des Herzens allein (F. 16, 18, 24) ergriffen.

Bemerkung.

Die vorliegende Tabelle, obgleich auf Vollständigkeit keinen Anspruch machend, verdient doch darum ein gewisses Vertrauen, weil sie wenigstens Alles gibt, was seit der Zeit, wo man auf die Sektionsresultate (unerlässliche Erfordernisse zur vollständigen Krankheitsbeschreibung) nach dem Gelenkrheumatismus aufmerksam geworden, erschienen ist und noch dazu von anerkannt tüchtigen Beobachtern. Ihre *positive* Beweiskraft ist desshalb über jeden Zweifel, ihre Resultate sind folgende:

Unter den krankhaften Veränderungen der serösen Häute nach dem hitzigen Gelenkrheumatismus sind die Affektionen des Herzbeutels nach den Leiden der Synovialhäute die häufigsten, indem sie mehr als ein Fünftel (7 unter 32) der ganzen Anzahl bilden. Einiges aber, welches sich gegen diese Zahl sagen lässt, müssen wir hier anführen: Obgleich schon *Sydenham*, *Stoll*, *Pitcairn* u. A. auf die Affektionen des Herzbeutels während und nach dem Gelenkrheumatismus aufmerksam gemacht haben, so gebührt doch *Bouillaud* das Verdienst, die Aerzte ernstlich darauf hingewiesen zu haben, so dass gleichsam durch die Neuheit der Sache mehrere Krankheitsgeschichten veröffentlicht wurden, die in anderweitiger Hinsicht gar kein Interesse boten und ohne diess gewiss nicht bekannt geworden wären. Es gilt diess im besondern von den Fällen 19, 20, 21, wo man der Residuen der serösen Häute der Nervencentra und des Bauches gar nicht gedenkt; ausserdem geschieht auch von dem ersten bis zum dreizehnten Falle, der der erste von *Bouillaud* angeführte ist, der *wahren* Perikarditis nur zwei Male Erwähnung. Man muss aber die

exsudative Hyperämie des Herzbeutels für noch seltener im Gelenkrheumatismus erachten, da sie, ein einzelnes und so wichtiges Organ befallend, die Menschen dem Tode und den Anatomen leichter entgegenführt, als die ähnlichen Leiden der Pleura und des Peritonäums. Kommt dazu noch, dass die Aerzte unter dem Namen „*Perikarditis*“ fast alle hitzigen Leiden des Herzbeutels z. B. auch die eigentlichen Hyperkrinieen zusammenfassen, so stellt sich das wahre Zahlverhältniss der *echten Perikarditis* d. h. *der Hyperämie des Herzbeutels mit Exsudation* nach obiger Tabelle als $^5/_{32}$ höchstens, — ein Resultat, welches den Behauptungen *Macleod's*, noch mehr aber *Bouillaud's* entgegen ist. Dieser sagt nämlich [1]: „*In der grössern Anzahl von Fällen des Gelenkrheumatismus ist mehr oder weniger ein Rheumatismus des serös-fibrösen* [2] *Gewebes des Herzens; wo man ihn aber nicht beobachtet, muss man den Fall als eine Ausnahme betrachten.*“ Zur Begründung dieser Behauptung führt er an: „Die Kranken, welche im Leben die von ihm beschriebenen physikalischen Erscheinungen boten, zeigten nach dem Tode die anatomischen Veränderungen einer Peri- und Endokarditis, wie sie in den Beobachtungen 1, 4, 5, 6, 7, 13, 14, 19, 43, 45 etc. seines traité clinique des maladies du coeur dargelegt sind.“

Eine solche Behauptung über Thatsachen, wie die in diesen letzten Worten enthaltene, von vornherein zu läugnen, wäre verkehrt; die Folgerungen aber, welche *Bouillaud* daraus auf den *Gelenkrheumatismus* zieht, sind geradezu falsch. Denn von den von ihm zum Beweise angeführten Beobachtungen waren nur **acht**, die wir aber auch oben benutzt haben, zugleich Beobachtungen von Gelenkrheumatismus. Die Art und Weise aber, wie er die Frequenz der Peri- und Endokarditis bestimmt, nämlich durch die Beobachtung der

1) Nouv. recherches.

2) Ueber diese Bezeichnung vergl. oben.

physikalischen Zeichen im Leben, kann trotz der sorgfältigsten Auskultation nicht schlagend sein: a) weil die Auskultation in Bezug auf die Veränderungen der festen Theile keine unzweifelhaften Zeichen gibt; b) weil *Bouillaud* selbst zugesteht, dass es Funktionsstörungen gebe, welche Peri- und Endokarditis simuliren wie *Anämie*, *Chlorose*. Im *Rheumatismus* könnte dasselbe Verhältniss stattfinden; c) der *vierzehnte* Fall (*Bouillaud's* selbst) und der *drei und zwanzigste* (*Grisolle's*) beweisen, dass es eine Peri- und Endokarditis sogar mit Hypertrophie des Herzens gegeben, welche selbst den sorgfältigsten Beobachtern niemals die von *Bouillaud* beschriebenen physikalischen Erscheinungen gezeigt hat; d) bis heute hat noch kein Arzt die physikalischen Zeichen allein für genügend zur Bestimmung einer Krankheit erachtet; noch kein Arzt hat sich bis jetzt begnügt aus dem *blossen dumpfen Perkussionston* und dem *knisternden Geräusche* auf *Pneumonie* zu schliessen, da beide auch im Lungenödem vorkommen — die auskultatorischen Zeichen sind also nicht entscheidend, und wo sie mit den anatomischen Befunden im Widerspruche stehen, haben sie um so geringere Geltung, als sie auch im höhern Grade von der Individualität des Beobachters abhängen.

Wenn ich Eines obgleich berühmten Schriftstellers Behauptung hier weitläufiger widerlegt habe, so geschah es ob der praktischen Wichtigkeit der Sache und weil weder *Réquin* [1]) noch *Valleix* [2]) ihn nachhaltiger angegriffen.

Wenn eine Hypothese zu machen erlaubt wäre, so würde ich sagen, dass die Hüllen der Eingeweide um so leichter vom Rheumatismus befallen werden, je grösser überhaupt die Krankheitsanlage dieser Eingeweide ist; so dass nach dem Gelenkrheumatism die Hirnhäute und das Peritonäum seltener ergriffen werden, als Pleura und Herzbeutel, wie auch Gehirn und Baucheingeweide seltener als Lunge und Herz erkranken.

---

1) Leçons sur le rh. p. Chomel. — 2) Archives générales.

II. Die anatomischen Residuen des Gelenkrheumatismus, geordnet nach ihrer Beschaffenheit.

1. Eine abnorme Menge des normalen Sekretes (*Hypercrinia* nach *Andral*) ohne irgend eine Veränderung der serösen Häute selbst.

Fall 1: im *Peritonäalsacke.*
„ *2:* zwischen beiden *Hirnhäuten.*
„ *9:* in den Ventrikeln des Hirnes.
„ *29:* „ „ „ „ „
„ *23:* in der *Synovialkapsel des linken Kniegelenks.* (Fall 12, eine seröse Kyste im aufsteigenden Grimmdarm.)

Verhältniss: $^5/_{32}$.

2. Ein trüber gelblicher oder citronfarbiger Erguss ohne Veränderung der serösen Häute.

Fall 2: unter dem *tentorium cerebelli.*
„ *4:* in der *Pleura*, zwischen *weicher Hirnhaut* u. *Gehirn*,
„ *5:* in den *Hirnventrikeln* in grosser Menge.
„ *6:* in der *Pleura.*
„ *19:* im *Perikardium* (zugleich Hypertrophie des Herzens und Verengerung der Aorta) geringe Menge.

Verhältniss: $^5/_{32}$.

3. Erguss von trüber oder gelblicher Serosität in grosser Menge mit gewissen Veränderungen der Häute selbst, (Hyperämie mit falschen Häuten.)

Fall 7: in *Pleura* und *Perikardium* (Hypertrophisches Herz, Hyperämie des Zwerchfelles.)
„ *9:* im *Perikardium.*
„ *10:* in der *Pleura* (zugleich Lungentuberkel, Hyperämie der innern Haut der Aorta und des Ventrikels, Erweichung des Herzens.)
„ *22:* im *Perikardium.*
„ *30:* in *Pleura* und *Perikardium.*

Verhältniss: $^5/_{32}$.

4. Derselbe Zustand der betreffenden serösen Häute nebst einem ähnlichen spärlichen oder ohne allen Erguss.

Fall 3: an der *Pleura.*
„ *8*: am *Perikardium.*
„ *14*: am *Perikardium* und *Karporadial-Gelenk* (Hypertrophie des Herzens.)
„ *15*: am *Perikardium;* fibrinöse Coagula.
„ *17*: am *Endokardium* (Röthe und albuminöse Coagula.)
„ *23*: am *Peri-* und *Endokardium.*
„ *26*: am *Perikardium.*
Verhältniss: $^{7}/_{32}$.

5. Röthlicher oder röthlich trüber, flockiger Erguss mit Hyperämie der betreffenden Häute.

Fall 12: im *Peritonäum;* grosse Menge.
„ *13*: im *Perikardium;* geringe Menge.
„ *20*: „ „ grosse Menge.
„ *21*: „ „ „ „
„ *30*: im rechten *Kniegelenk.*
Verhältniss: $^{5}/_{32}$.

6. Eiterung und eiterähnliche Flüssigkeit.

Fall 11: in der *Pleura*, unter der *Haut* und zwischen den *Muskeln*, zugleich Lungentuberkel.
„ *17*: in der *Synovialhaut* des *Femoro-Tibial-Gelenks.*
„ *18*: in der *Substanz des Herzens* (zugleich mit Hyperämie des Endokardiums, gehört eigentlich nicht dahin, s. A. II.)
„ *25*: in der *Synovialhaut des Kniees* mit Zerstörung der Knorpel.
„ *27*: in und um das *Hüftgelenk* mit Ulceration der Knorpel und Zerstörung der Ligamente.
„ *28*: im ersten *Gelenk des Zeigefingers*, im linken Hüftgelenk.

Fall 29: im rechten *Kniegelenk*, im *Metakarpalgelenke* eines Fingers (Hyperämie im Knöchelgelenke.)

Verhältniss: $^{7}/_{32}$.

Complikationen.

Wenn wir als den wesentlichen Sitz des Rheumatismus das seröse Gewebe annehmen mussten, so folgt daraus, dass alle Veränderungen auf anderen Geweben, die in jenen 32 Fällen bemerkt sind, als *Complikationen*, d. h. als für den Rheumatismus *zufällige*, *unwesentliche* zu betrachten sind. Die Begründung dieses wird durch die ganze anatomische Pathologie aufgewiesen; was z. B. nach einer *Pneumonie* ausserhalb der Lunge gefunden wird, ist *Complikation der Pneumonie*, also accidentell für diese. Je häufiger nun einzelne Complikationen sind, um so mehr nähern sie sich den wesentlichen Erscheinungen, sind aber niemals diese selbst. Von den Veränderungen der Herzsubstanz haben wir schon im Allgemeinen gesprochen; hier erwähnen wir nur der übrigen [1]:

a) *Anämie des Herzens.*

Fall 17 und *20*: (Endo- und Perikarditis.)

b) *Blutgerinsel in den Höhlen des Herzens.*

Fall 4, 5, 13, 14: (Ergüsse in der Pleura, bald Pleuritis und Perikarditis, bald Perikarditis.)

c) *Entzündung der Lungen* (*Engorgement.*)

Fall 3, 7, 10 und *30*: Im letzten Falle theilweiser Brand.

d) *Splenisation der Lunge.*

Fall 15: zugleich Anschwellung der Leber; und *Fall 13*

e) *Lungentuberkel.*

Fall 10, 11 [2]) erweichte, im *Fall 20 rohe.*

f) *Vereiterung der Muskeln.*

Fall 11 und *17:* Röthe und Verdickung der Venen.

---

1) Wir müssen hierbei die Mangelhaftigkeit der Sektionsberichte besonders beklagen.

2) Dieses ist derselbe Fall verbreiteter Eiterung.

g) *Hypertrophie der Intestinalfollikel.*

Fall 12.

h) *Hypertrophie der Magenschleimhaut.*

Fall 10 und *13:* (der Fall von Erweichung der Magenschleimhaut bei *Andral*, der unten ausführlich mitgetheilt ist.

i) *Erweichung der Milz.*

Fall 9.

k) *Hyperämie der innern Haut des Uterus und der Vagina.*

Fall 24.

l) *Brand der Haut.*

Fall 15.

Bemerkungen.

Ueber die Häufigkeit der im Verlaufe des Gelenkrheumatismus auftretenden sogenannten Entzündung des Herzbeutels und der innern Herzhaut haben wir uns mit *Bouillaud* nicht einverstanden erklären können und machten dabei bemerklich, dass man den Namen „*Entzündung*“ zu weit ausgedehnt. Es gilt dieses insbesondere von den französischen Aerzten, die geradezu den Rheumatismus nicht einmal mehr für eine *specifische*, sondern für eine *reine Entzündung* erklären. Abgesehen von der Bedeutungslosigkeit dieser Bezeichnung, worüber kein Zweifel, so wird doch nicht vergessen werden können, dass *Bouillaud*, der eifrige Schüler *Broussais'*, die Entzündung postulirte, um seine Aderlässe zu vertheidigen und seine Aderlässe gegen die stets vorausgesetzte Entzündung unternahm, wogegen meines Wissens die sogenannte Entzündlichkeit des Rheumatismus in Deutschland nur beschränkten Eingang hatte. Man vergleiche auch nur ein Mal den Verlauf einer Pneumonitis mit jenem einer Pleuritis; weist nicht die Anatomie die grösste Verschiedenheit in den Residuen beider auf? Muss man da nicht annehmen, dass *verschiedenartige* Processe ihnen zu Grunde gelegen oder (was dasselbe ist) dass derselbe Process nach seinem Sitze *wesentlich* sich abändere? Wie kann ich also das Wort *Entzündung* für beide

Organe, *Pleura* und *Lunge* beansprechen? Durch den ganzen Körper gilt es fast als Gesetz, dass die pathologischen Residuen der Hüllen von jenen der von ihnen eingehüllten Organe verschieden sind; was also in jenen oder diesen Entzündung ist, kann es nicht in den andern sein. Wir betrachten somit die Affektionen des Herzbeutels und des Endokardiums weder als Entzündung noch als das Wesen noch als beständige Begleiterinnen des Rheumatismus. Sie sind aber darum keine *Complikationen*, weil sie auf *serösen* Häuten erscheinen. Sie sind nur bestimmte Formen, Arten des Rheumatismus.

Nach dem Vorigen sind die Residuen auf den serösen Häuten nach dem Gelenkrheumatismus folgende:

1) Vermehrung des normalen Sekretes (Hypercrinia). Sie gilt häufig als durch einen niederern Grad oder Anfang der Entzündung hervorgebracht. Diess ist falsch. Denn der Grad einer Krankheit kann nur nach der *Quantität* der Merkmale, nach dem *Raume*, welchen sie einnehmen, nicht aber nach der *Qualität*, wie sie die Semiotik oder Anatomie gibt, bestimmt werden, sonst hört sie auf sich selbst gleich zu sein. Die Hyperkrinie ist entweder Entzündung (dann muss sie aber immer von Hyperämie begleitet sein) oder irgend ein ganz anderer Zustand; einen Mittelzustand gibt es nicht. Damit ist nun allerdings noch nicht gesagt, was die Hyperkrinie sei, ebensowenig als man dieses jetzt schon von der exsudativen Hyperämie weiss. Es heisst aber wahrlich die Sache nicht aufklären, wenn ich mir irgend einen örtlichen Reiz der nächsten Membran, des Blutes oder gar der Nerven ohne alle Begründung als erklärende Hypothese hinstelle. Wir geben bloss eine Beschreibung von dem was Keiner bezweifeln kann, weil es augenfällig ist. Den *Reiz*, die *Irritation*, als *Ursache* ihrer Entstehung kann man dann leicht sich selbst bilden.

Die *Hyperkrinie* wurde nur in fünf Fällen beobachtet, von welchen die beiden ersten in Ermangelung anderer sie als die alleinige Todesursache anerkennen. Im neunten Falle,

wo die anatomischen Veränderungen des Herzbeutels überwogen, kann sie nur die zweite Stelle einnehmen, ebenso im Falle 29, wo die äusserlichen Leiden so eingreifend gewesen. Im Falle 23 wurde sie bloss in dem Kniegelenk angetroffen.

Wir müssen daher glauben, obgleich *Piorry* das Gegentheil behauptete, dass eine geringere Ergiessung, wenn sie nicht am Hirne oder am Rückenmarke stattfindet, während des Lebens zuweilen von gar keinen andern auffallenden Erscheinungen begleitet werde oder endlich erst während des Todes entstehe. Soviel ist aber gewiss, dass die idiopathischen Erscheinungen einer Hyperkrinie, wenn sie im Leben zugegen sind, nur die beiden folgenden sein können: 1) *des Druckes auf den serösen Sack* selbst, wodurch die Gefühle der *Spannung*, der *Wallung*, des *reissenden Schmerzes* durch die unterste oder über die ganze Gegend entstehen, oder ganz fehlen und nur das Gefühl der *Völle* erregt wird; 2) des *Druckes der Flüssigkeit* auf das in dem Sack eingeschlossene Organ (Eingeweide, Herz), dessen Funktion und Blutlauf er hemmt und so den Tod herbeiführt wie im ersten und zweiten Falle. — Zur Hyperkrinie müssen wir ferner rechnen:

2) *Die gelben und citronfarbigen Ergiessungen* in den drei nur von *Stoerk* und *Stoll* angeführten Fällen, wo sie idiopathisch d. h. ohne Veränderungen der serösen Häute beobachtet worden. Im fünften Falle findet sich nebenbei eine Hypertrophie des Herzens, im vierten eine Kyste. Wie diese Exsudate im Leben von der einfachen Hyperkrinie sich unterscheiden lassen, weiss ich nicht.

3) *Einfache Hyperämie* (Gleichförmige Röthe von Gefässinjektion, die nicht abzuwischen ist) wurde beobachtet in den Fällen 10 und 17 auf der *innern Haut der Aorta*, im *Falle* 11 auf der *serösen Darmhaut*, im Falle 20 im linken *Knöchelgelenk* und in einem später mitzutheilenden Falle *Stoll's* auf den *serösen Häuten des Auges*. Sie ist aber für häufiger zu erachten, weil sie offenbar der folgenden Veränderung zum

Grunde liegt. Wenn man also schärfer eingeht und besonders auf Fall 10 und 29 Rücksicht nimmt, so muss man sie für einen entweder in Gesundheit oder exsudative Hyperämie schnell übergehenden Zustand erklären.

4. Hyperämie mit falschen Häuten und Ergiessungen verschiedener Art (exsudative Hyperämie, Entzündung). Im Leben ist es bis jetzt unmöglich gewesen die verschiedenen Ergiessungen nach ihrer Beschaffenheit zu bestimmen. So kennen wir auch nicht den genauen Zusammenhang zwischen ihnen und der Hyperämie. Zum Tode scheint leichter die *netzförmige* falsche Haut mit röthlich-trüber Flüssigkeit, als irgend eine andere zu führen, weil sie am häufigsten in den Leichen gefunden wurde. Im Allgemeinen sind die Symptome im Leben die Erscheinungen der Hyperämie und der Ergüsse.

5. Eiterung. Nicht alle die angeführten Fälle sind ebenso viele Fälle *ächter* idiopathischer Eiterung. Wie man ja weiss, dass die serösen Häute am allerwenigsten zur Eiterbildung geneigt sind, so findet auch dasselbe Verhältniss im Rheumatismus Statt. Im Falle 11 fanden sich Tuberkeln und die Residuen der Pyämie (Blutvereiterung), wie die zahlreichen Eiterablagerungen *ausserhalb des serösen Gewebes* unwiderleglich zeigten. Im Falle 17 wurde eine Phlebitis schon während des Lebens erkannt, eine Krankheit, die bekanntlich sehr leicht zu Pyämie und Eiterablagerungen führt. Der 18. Fall, obgleich unvollständig mitgetheilt, zeigt doch hinlänglich, dass die Eiterung aus der Substanz des Herzens selbst, nicht aber von den serösen Häuten ihren Ursprung genommen habe. Die fünf und zwanzigste Beobachtung ist von einer Frau, die im Wochenbette gestorben, also dadurch schon zu Eiter bildenden Krankheiten disponirt war. Bleiben dann noch die drei von *Macleod* mitgetheilten Fälle, also der 27, 28 und 29ste, die wir näher betrachten wollen. Die 27. Beobachtung ist nicht ganz vollständig, zeigt jedoch so viel, dass die Krankheit Ein Gelenk, das Hüftgelenk zuletzt allein ergriff, sich

also gleichsam dort festzusetzen schien. Dasselbe gilt von der noch weniger vollständigen 28. Beobachtung, wo das Fingergelenk besonders und das Hüftgelenk nur in geringerem Grade ergriffen war. Und nur der 29. Fall zeigt auf drei Gelenke verbreitete Residuen, wovon aber nur zwei *eiterähnlich* waren.

Die drei letzten Fälle sind so unvollständig mitgetheilt, dass wir nicht einmal mit Bestimmtheit behaupten können, ob Zehrfieber dabei gewesen sei oder nicht; wir wissen aber noch weniger, ob nicht die Eiterung einer etwaigen kachektischen Complikation ihren Ursprung verdankte. Wenn man bedenkt, wie so sehr selten Eiterung auf serösen und selbst synovialen Häuten erscheint, wenn nicht sie besonders begünstigende Umstände z. B. Skrofulosis oder Tuberkeln vorhanden sind, so muss man nicht ohne die sorgfältigste Untersuchung ihr Erscheinen der lokalen Beschaffenheit der serösen oder synovialen Haut zuschreiben, um so mehr als eine entwickelte Hyperämie des Zellgewebes z. B. Eiterung, eine entwickelte Hyperämie des serösen Systems dagegen lieber faserstoffige und albuminöse Bildungen hervorbringt. Will man aber auch nicht so weit gehen zu behaupten, dass Eiterung dem serösen und synovialen Systeme im Ganzen fremd sei, so steht doch so viel fest nach allen angeführten Beobachtungen, dass die Eiterung sich auf einzelne Gelenkhöhlen beschränkt hat, dass sie nie von akuten Zuständen in andern serösen Häuten begleitet gewesen, dass sie, gleich der exsudativen Hyperämie von einem tiefen und eindringenden Leiden herrührend, nicht geneigt gewesen ist, an mehrern Punkten zugleich zu erscheinen, wogegen sich die Hyperkrinie und die einfache Hyperämie auf viele Punkte vertheilten.

III. Ueber die anatomischen Veränderungen der Synovialhäute.

Wir kommen zu jenem Theile unserer Untersuchung, der den Aerzten die grössten Schwierigkeiten bereitet zu haben scheint, nämlich die Verbindung der anatomischen Residuen

auf den Synovialhäuten im Gelenkrheumatismus mit den ihnen angehörigen Erscheinungen im Leben. In allen Krankheitsfällen, deren Leichenergebnisse wir dargelegt haben, bestanden *formelle* Symptome der Gelenke, *Röthe*, *Geschwulst* und *Hitze* oft bis zum Tode, deren Vorhandensein nicht etwa wie ein physikalisches Zeichen in Zweifel gezogen werden kann. Man *sah* alle jene Erscheinungen, nicht selten sogar in sehr auffallender Weise, und die Sektionen wiesen ausser jenen Fällen von Eiterung nur in der 14., 22. und 29. Beobachtung entsprechende Veränderungen der Synovialhäute auf, nämlich: *weisse Flocken in jedem Knorpelgelenk*, *abnorm grössere Menge von Synovia im Kniegelenk und Röthe im linken Knöchelgelenk*. — Welches war also der Zustand der Synovialhäute im *Leben?* Vielleicht eine Hyperämie mit Ausschwizzung, eine sogenannte *synovitis?* Keineswegs; denn der entsprechende Zustand auf den übrigen serösen Häuten, der den Tod herbeigeführt hatte, war mit zu tief gehenden Texturveränderungen verbunden, und da die Gelenk-Symptome im Leben bis zum Eintritt des Todes bestanden, so hätten sich doch gewiss auch ihre Residuen in der Leiche vorfinden müssen. Im 13. Falle fand man nur einige Flocken ohne *alle* Röthe der Synovialhaut neben einer Perikarditis; im Falle 22 war die Menge der Synovia vermehrt und dabei eine echte *Endokarditis*, und beide Male schrieben sich die Gelenkerscheinungen von der frühesten Zeit der Krankheit her und bestanden bis zum Tode; im Falle 29 war eine schwache Röthe im Knöchelgelenk während anderwärts *Eiterung* bestand. Was ist daraus zu schliessen? Etwa mit *Rokitansky*, dass die Synovitis nicht so entwickelt sei, als die Entzündung der übrigen serösen Häute? Das hiesse den Begriff der „Entzündung“ nach Belieben zuschneiden, und ist thatsächlich falsch; denn z. B. nach dem Zeugnisse *B. Brodie's* hat die Synovitis dieselben Grade, dieselbe Beschaffenheit wie die Pleuritis. Nur *diese* Folgerung kann richtig sein: *Die Krankheit der Gelenke ist eine eigen-*

thümliche, die nicht leicht Residuen zurücklässt, die also die Textur des Gewebes nicht beeinträchtigt. Dadurch muss sie aber in einer von zwei Formen auftreten: 1) als Hyperkrinie, Vermehrung der Menge der normalen Synovia, wie sie sich noch im Falle 22 in der Leiche fand, und die man im Leben leicht erkennt und 2) als ***einfache Hyperämie*** *(Congestion innerhalb der Gefässe) wie im Falle 29 und wie sie sich* (s. weiter unten) *an der conjunctiva oculi darstellte.* Es ist aber leicht einzusehen, dass solche Zustände, die der Norm so nahe stehen, leicht in diese wieder zurücktreten, um so mehr, wenn irgend eine Ableitung vorhanden; dass sie sich eben desshalb leicht weiter ausdehnen und dass sie in der Leiche, nachdem durch den Rücktritt des Blutes zum Herzen und den grössern Gefässen Haut und Glieder zunächst bleich und kalt geworden sind, nur höchst selten angetroffen werden können. Dass aber beide Zustände von einer gewissen lokalen Beschaffenheit der Synovialhaut selbst und nicht von einem entfernten etwa Blutreize abhängen, wird eben durch ihr blosses Vorkommen auf diesen bestimmten Häuten bewiesen.

IV. Ueber die übrigen Theile, welche der Rheumatismus ergreifen kann.

Welche seröse Häute gewöhnlich vom Rheumatismus ergriffen werden, geht aus dem Vorigen hervor; sie sind nach der Häufigkeit des Erkrankens: *Peri- und Endokardium, Pleura, Diaphragma, Peritonäum, Hirnhaut* u. s. w. Ihre anatomischen Veränderungen sind leicht aufzuweisen, weil ihre Krankheiten, da sie wichtigere Lebensorgane einschliessen, leichter tödtlich werden. Es ist aber nach formellen Erscheinungen und anatomischen Residuen unzweifelhaft, dass noch andere seröse und synoviale Häute vom Rheumatismus ergriffen werden können.

1) *Die Descemet'sche Haut* nach einem Falle von *M. Stoll.*

2) *Die Bindehaut des Augapfels* [1]). Beispiele unter dem Namen der ophthalmia serosa findet man bei *M. Stoll* (ratio medendi).

Einen ausgezeichneten Fall führt *Ackerley* [2]) an. „Eine alte Frau wird wegen eines Rheumatismus mit Calomel und andern Mitteln behandelt. Es kommt eine heftige Chemosis mit *einer mehr ödematösen* als *phlegmonösen Geschwulst* der Sklerotika hinzu, welche endlich nach Skarificationen und der Anwendung einer Höllensteinauflösung verschwindet.“ Dabei wundert sich *Ackerley*, dass eine Augenentzündung nach Rheumatismus die Conjunktiva und nicht die Sklerotika ergriffen habe; mir würde es wunderbar scheinen, wenn sie das letztere gethan!

3) *Die Synovialhaut der Muskel- und Sehnenscheiden* (der *fibröse und Muskelrheumatismus der Schriftsteller*). Hierher gehört jener Fall, den *Drelincourt* und *Morgagni* aus der Osteologie des *Clopton Havers* anführen: „in der Leiche eines Rheumatischen fand man eine der Gallerte gleiche geronnene Materie von der Dicke zweier oder dreier Dukaten *auf* den Muskeln liegend.“ — Häufig begleitet eine Hyperkrinie derselben den Gelenkrheumatismus, welche sich durch eine Geschwulst, die man nicht mit dem nachfolgenden Oedem (worüber später) verwechseln darf, kund gibt. *R. Froriep* beschreibt diese Form unter dem Namen der *„Muskelschwiele“*. „Der Muskel wird dadurch fest, filzartig steif anzufühlen. — Bisweilen ist er bei den unvollkommeneren Graden etwas aufgetrieben und fest, so dass er sich fortwährend fast ebenso anfühlt, wie ein in der Contraction befindlicher Muskel; oder er ist bei längerer Dauer der Krankheit an Volumen vermin-

---

1) Man wird es nach dem Mitzutheilenden nicht unpassend finden, dass ich dieses zweifelhafte Gewebe dem *serösen Systeme* zutheile.

2) Liverpool Journal Aug. 1834.

dert, etwas atrophisch und zugleich verdichtet, so dass sich der Muskel durch die Haut hindurch wie ein fester, sehniger Strang, oder ein breites Band anfühlt. Eine auffallende Eigenthümlichkeit bei dieser letztern Abänderung beruht darin, dass stellenweise das Muskelgewebe über der Knochenfläche unbeweglich, d. h., nicht verschiebbar geworden ist und bei der Untersuchung den Eindruck macht, als wenn es an die Knochenfläche angeleimt wäre. Das umgebende Zellgewebe ist in diesen Fällen bisweilen vollkommen weich, nachgiebig, kurz — normal beschaffen; bisweilen ist es, isolirt für sich, in eine Schwiele umgeändert, die alsdann über dem Muskel sich leicht verschieben lässt; bisweilen endlich ist der schwielige Muskel auch bloss von einer etwas schwieligen *cutis* und von normalem Unterhautzellgewebe bedeckt. Die Muskelschwiele ist meistens unempfindlich, doch finden sich bisweilen auch Stellen, bei welchen ein Druck nach der Tiefe hin empfindlich wird und namentlich das Gefühl erregt, als wenn tief unter der Haut (wie sich die Kranken ausdrücken) etwas wund wäre. Mit dieser Muskelschwiele ist jedesmal mehr oder minder vollkommene Aufhebung der Muskelcontraction verbunden, welche hier aber nicht Folge der Schmerzhaftigkeit der Bewegungen, sondern Folge der Aufhebung der Zusammenziehbarkeit des Gewebes ist. Denn selbst wenn man den Willenseinfluss ganz bei Seite lässt und die Muskelcontraction durch den galvanischen Reiz in dem Muskel erregen will, so findet man darauf eine geringere und beim höhern Grade der rheumatischen Exsudation gar keine Reaction; der Muskel bleibt, selbst bei starker electrischer Erregung, vollkommen unbeweglich und unterscheidet sich dadurch auf das Auffallendste von allen vom Nervensysteme ausgehenden Lähmungen, bei welchen, im Gegentheil, die willkürlich nicht zu bewegenden Muskeln durch den electrischen Reiz zu sehr starken Contractionen veranlasst werden können. Es ist diese Eigenthümlichkeit des Verhaltens der Muskeln bei der rheumatischen Muskelschwiele für

die Diagnose der Lähmungen von äusserster Wichtigkeit. Die Functionsstörung eines so veränderten Muskels variirt zwischen einfacher Muskelsteifigkeit bei den Bewegungen bis zur vollkommenen Aufhebung jeder Art von Bewegung, wobei eine Muskelcontraction willkürlich oder unwillkürlich mitwirken muss, während passive Bewegungen mit dem Gliede ausgeführt werden können und nur durch die bisweilen in den Nachbargebilden, namentlich im Zellgewebe [1]), ihren Sitz habenden rheumatischen Schmerzen oder Gelenkschmerzen beschränkt werden. Die verschiedenen Stufen der Störung der Function bei dieser rheumatischen Muskelschwiele sind von dem schwächern bis zum stärksten Grade folgende: Zuerst eine unbequeme Steifigkeit, entweder bloss beim Beginne von Bewegungen nach längerer Ruhe, oder überhaupt bei jeder willkürlichen Muskelbewegung; — sie zeigt sich sodann als eine gewisse Unbeholfenheit, so dass die beabsichtigte Thätigkeit eine besondere Aufmerksamkeit erfordert; — dabei zeigt sich öfters ein leichtes Zittern; — das Zittern stellt sich hierauf auch ohne bestimmte Action bei jeder leichten Bewegung des Gliedes ein, und dieses Symptom steigert sich bis zur vollkommen ausgebildeten *paralysis agitans*, mit welcher theils ein lästiges Gefühl von Druck, theils eine unangenehme Spannung und Steifigkeit der befallenen Glieder als Empfindungssymptom verbunden sein kann, wobei aber auch nicht selten reissende Schmerzen hinzukommen, welche sich bei Witterungsänderungen mit verstärktem Zittern einstellen. Mit diesem Zittern, welches als unvollkommene Lähmung, als Aufhebung des Gleichgewichts der Antagonisten und fortwährendes, halb unwillkürliches Bestreben der Herstellung dieses Gleichgewichts zu betrachten ist und daher auch im Schlafe und bei vollkommener Unterstützung des zitternden Gliedes aufhört, ist häufig einige Beschränkung der Bewegungen innerhalb engerer Gränzen verbunden. In

1) Froriep nimmt einen Rheumatismus auch ausserhalb des serösen Systems an. So viel um Missverständnissen zu begegnen.

höherem Grade steigert sich dieses Zittern zu unvollkommenen Contracturen und endlich zur vollkommenen Lähmung mit gänzlicher Steifigkeit des befallenen Gliedes, wenn sämmtliche Muskeln von der rheumatischen Exsudation befallen sind. In diesem Falle ist jede willkürliche Bewegung aufgehoben, das Glied hängt nicht schlaff herab, sondern steht fast unbeweglich von dem Körper ab, lässt sich aber durch passive Bewegungen bald leichter, bald schwerer aus seiner Lage bringen. Hat die Exsudation nur einige Muskeln befallen, wobei sie sich gewöhnlich auf das Gebiet eines einzelnen Nervenstammes beschränkt, so tritt die Erscheinung der Steifigkeit des Theiles nicht immer oder doch nur einseitig hervor und der Zustand charakterisirt sich als eine vollkommene Lähmung einiger einzelner Muskeln, mit freier Thätigkeit der übrigen Muskeln, welche dadurch das Uebergewicht erlangen und alsdann selbst den Schein von Verkrümmungen durch Retraction herbeiführen können."

Anmerkung. Hier ist ausserdem der Ort Einiges über den *Rheumatismus der Brustmuskeln*, wie ihn *Gaudet* [1]) beschreibt zu bemerken. Dass ein Ergriffensein einer serösen oder synovialen Haut zum Wesen des Rheumatismus gehöre, haben wir schon oben gezeigt. Schmerz oder andere Symptome, wie verwandt dem Rheumatismus sie sich auch darstellen, können ihm niemals angehören, wenn sie in andern als serösen oder synovialen Häuten auftreten, so wie eine Pneumonie niemals in der *Leber* sitzen kann, wenn auch der Schmerz der Pneumonie jenem der Hepatitis gleich ist. Die Beobachtungen aber welche *Gaudet* anführt, obgleich sie zu den Haut - und Muskel-Neuralgieen gehören können, lassen es uns zweifelhaft,

1) Gazette méd. de Paris. 1834. N. 15.

ob er wirklich mit einem lokalen äussern Brustschmerze zu thun gehabt habe; wir glauben eher nach uns vorgekommenen analogen Fällen, dass *Gaudet* sekundäre Erscheinungen der sogenannten Spinalirritation für idiopathische Leiden der Brustwände angesprochen habe.

4) Dass der krankhafte Zustand, welchen die Aerzte *Hüftwehe* (Lumbago) nennen, im Gelenkrheumatismus auftreten könne, ist unzweifelhaft, dann muss aber eine oder die andere Synovialhaut erkrankt sein. Nicht anders verhält es sich mit dem Rheumatismus des *Unterkiefers*, worin die Synovialhaut der Kapsel erkrankt ist. Die einzelnen Zustände derselben sind dann die *Hyperkrinie* und die einfache *Hyperämie*. Ob, was die Aerzte *Schiefhals* (caput obstipum) nennen, während des Verlaufes des Gelenkrheumatismus auftrete, darüber bestehen keine brauchbaren Erfahrungen, wenngleich das Auftreten desselben durch Erkranken der Synovialhaut eines Wirbelgelenks erklärlich wäre. Niemals aber darf man irgend eine primäre Affektion der Haut oder der Muskeln oder des sie umgebenden Zellgewebes des Halses damit verwechseln, wie viele Schriftsteller besonders *Froriep* thun, die jedes Leiden äusserer Theile mit dem Namen Rheumatismus belegen um so eher, wenn es nach einer plötzlichen Einwirkung der Kälte oder mit irgend einer Exsudation auftritt, gleichsam als ob Rheumatismus, Erkältung und Exsudationen identisch wären; dann dürfte man nur alle Krankheiten, wie Phthisis, Diabetes neben der Pleuritis, der Zellgewebsverhärtung den Erysipelen u. s. w. für Rheumatismen erklären, weil ihre entferntere Ursache vielleicht eine Erkältung gewesen, und ihre formellen Erscheinungen sich als *Schwielen* gestalten.

5) *Der seröse Ueberzug der Blase, der Därme, der Baucheingeweide, die innere Haut der Aorta, die innere Scheidenhaut des Hodens* [1]) können während oder mit dem

1) *Hodgkin* erzählt, in seinen „lectures“ dass sein Freund *Foville* „die *Hydrocele*“ unter den Erscheinungen des Gelenkrheumatismus beobachtet habe. Aehnliche Fälle sind bei *A. Stoerck*.

Gelenkrheumatismus ergriffen werden, wie durch viele Beispiele bewiesen ist (s. *Chomel*, *Latour*).

6) *Die die Nerven umgebende innere Haut.* Im Journ. des connaiss. medico-chir. 1840 theilt *Grifoulière* zwei Fälle mit, wo der Gelenkrheumatismus auf die Nerven übergegangen sein soll. Seine Beobachtungen sind jedoch zu unvollständig, um Bestimmtes erkennen zu lassen. Wo aber im Gelenkrheumatismus Solches stattfinden soll, da kann nur die *innere Haut des Neurilems*, als eine seröse, ergriffen werden. Dafür ist auch *Cotugni* [1]) insofern, als er die *sogenannte rheumatische Ischias von einer serösen Ansammlung innerhalb des Neurilems* abhängen lässt. Gegenwärtig fehlt es aber noch an durch die Leichenöffnung vervollständigten Beobachtungen, da der I., VI. und XXVI. Fall bei Chomel durchaus nicht hinreichen können. *Froriep* bestreitet diese Form auch: „Ich will die Möglichkeit derselben nicht geradezu läugnen; doch muss ich gestehen, dass ich keinen Fall der Art gesehen habe; auch ist von den Schriftstellern, welche Exsudationen in den Nervenscheiden als locale Krankheitsveränderungen bei rheumatisch-neuralgischen Affectionen anführen, meines Wissens nirgends ein Fall mitgetheilt, in welchem diese Exsudationen in dem Neurilem aufgefunden und durch Autopsie nachgewiesen worden wären. Sie scheinen nur auf einer hypothetischen Annahme zu beruhen. Der Grund, warum ich, vor der Hand wenigstens, an der angeblichen Häufigkeit derselben zweifle, ist ein doppelter: 1) sind die Erscheinungen, zu deren Erklärung Exsudationen im Neurilem angenommen worden sind, befriedigender durch die leicht erkennbaren Schwielen im Zell- und Muskelgewebe zu erklären; 2) aber habe ich zwei Mal bei gichtischen Krankheitsformen, bei welchen die Symptome von Schmerz und Lähmung ebenfalls darauf hinzudeuten schie-

1) De ischiade nervosa. Seine Leichenresultate sind übrigens nicht beweisend.

nen, dass Exsudationen in den Nervenscheiden stattfinden möchten, bei der Leichenöffnung die Nerven genau untersucht und bis zum Rückenmark hinauf verfolgt, ohne irgend eine Exsudation oder Auftreibung derselben auffinden zu können. Ich bin daher auch bei rheumatischen Affectionen vor der Hand sehr geneigt an der häufigen Existenz von Ausschwitzungen in die Nervenscheiden zu zweifeln. Da dieselben von Aussen nicht zu fühlen sein können, so ist jedenfalls der anatomische Nachweis der Existenz solcher Exsudate in den Nervenscheiden zu verlangen, ehe man dieselben annimmt."

7) *Die Arachnoidea und Piamater des Rückenmarkes.* Obgleich Leiden dieser Theile sehr leicht zum Tode führen können, so ist doch in unsern 32 Fällen niemals von anatomischen Veränderungen derselben die Rede, noch ist irgendwo erwähnt, dass ein Gelenkrheumatismus sie jemals ergriffen habe. Wir müssen sie daher wie auch den *„rheumatischen Tetanus"* jedenfalls für sehr selten, wenn nicht für ganz fehlend erklären.

V. Ueber die entferntern Residuen des Rheumatismus.

Die nähern, wesentlichen Residuen des Rheumatismus müssen sich nach dem Vorigen in der Leiche als Erscheinungen der serösen und synovialen Häute darstellen. Daher gehören zu ihnen Ergiessungen, Verwachsungen, wenn sie auch schon seit längerer Zeit bestanden. Es gibt aber noch eine Reihe von anatomischen Erscheinungen, welche man als *entferntere Residuen* oder *Folgen* des Leidens der serösen und synovialen Membranen aufzufassen hat, weil sie in den von ihnen eingeschlossenen Eingeweiden und somit nach einem offenbar ursächlichen Verhältnisse auftreten z. B. *Pneumonieen* in Folge von *Pleuritis*, *Compression* der *Lungen* durch *pleuritische Exsudate*. Die Frage aber, ob auch in ähnlicher Weise das rheumatische Leiden der Synovialhäute der Gelenke auf *Knochen* und *Knorpel* einwirke, müssen wir nach *Sebastian* insofern verneinen, als wir nicht annehmen können, was in dieser Be-

ziehung die Schriftsteller, namentlich *Latour* d. j. und in der neuesten Zeit *Froriep* (Knochenhautschwiele) behaupten. Denn genugsam glauben wir gezeigt zu haben, dass die *Eiterung*, jener Zustand der Synovialhaut, den Ulcerationen der Knorpel und Knochen gewöhnlich begleiten, nur höchst selten und nur als Concentration oder örtliche Vertilgung des Gelenkrheumatismus auftrete, dass dagegen die bei Weitem häufigere, wesentliche Form sich als *Hyperkrinie* und *Hyperämie* darstelle, welche, wo sie auch auftreten, das Gewebe der von den serösen Häuten eingeschlossenen Organe niemals oder nur sekundär, mechanisch alteriren. In jenen Fällen aber von Knorpelzerstörung, wie bei *Chomel* und *Macleod*, kann man doch wahrlich nicht an ein ursprüngliches Leiden der Synovialhäute denken, da die Knochen- und Knorpelaffectionen bei Weitem überwogen haben. Dadurch wird jedoch nicht die Möglichkeit ausgeschlossen, dass der Gelenkrheumatismus bei einem skrofulösen Individuum auftretend den Stimulus gleichsam zur Eiterbildung gebe, wie wir dies so häufig bei der sogenannten Diathesis purulenta, welche nach einer kleinen Aderlass- oder andern Wunde in die Erscheinung tritt, beobachten, und dass dann der Eiter auch eine Erweichung der Knorpel und Knochen herbeiführt. Wie selten ist aber Eiterung im Verlaufe des Gelenkrheumatismus selbst! Desshalb darf man den von *Morgagni* erzählten Fall eines rheumatischen Jünglings nicht hierher ziehen; auch gehört *Froriep's Knochenhautschwiele* in ein ganz anderes Krankheitsgebiet.

Zu den gewöhnlichsten entferntern Residuen des Rheumatismus rechnet man nach dem Vorgange *Corvisart's* und *Bouillaud's* die *Hypertrophie des Herzens*, welche durch die freie Bewegung desselben hemmende Verwachsungen hervorgebracht werde. Auf folgende Gründe hin kann ich diese Lehre nicht in so grosser Ausdehnung, als es gewöhnlich geschieht, gelten lassen. 1) Sehr häufig beobachtet man eine totale Verwachsung des Herzens mit dem Perikardium (beider

Lungen mit der Pleura) ohne begleitende Hypertrophie; sollte diese also weniger als theilweise, fadenförmige Verwachsungen, die man als Hauptursache der Hypertrophie annimmt, auf das Herz wirken? 2) Unter 32 Fällen des Gelenkrheumatismus von der verschiedensten Dauer sind nur *sechs* Beispiele von Hypertrophie, von welchen vier wiederum von unzweifelhaft tödtlicher Peri- und Endokarditis begleitet waren. Soll ich also glauben, dass diese, welche nach allen Zeichen höchstens *Eine* Woche gedauert hatten, die Hypertrophie hervorgerufen haben? 3) Da eine Hypertrophie anderer Organe fehlt (wenn man nicht etwa die Lungenentzündung eine Hypertrophie nennen will) und die stethoskopischen Zeichen der Hypertrophie des Herzens so trügerisch sind, wie Fall XIV und XXIII zeigen, bleibt da wohl etwas anderes zu behaupten übrig, als: dass die Hypertrophie zugleich mit den übrigen Leiden und durch sich selbst dagewesen sei; sollen wir glauben, dass mehrere rheumatische Anfälle so auf das Herz einwirken können, dass sie es hypertrophisch machen, wenn schon sehr geringe materielle Veränderungen durch dieselben den Tod herbeiführen können. — Wie viele auch der Fälle von Hypertrophie oder einer andern Substanzveränderung des Herzens (ausser dem Falle X, wenn man es allzugenau nimmt) sind, so viele sind auch Beispiele von Leiden des Peri- und Endokardiums; muss man nun, wenn die Fälle von Peri- und Endokarditis ohne Mitleiden der Herzsubstanz viel häufiger sind, nicht behaupten, dass Herzfehler nicht allein durchaus unabhängig vom Rheumatismus, sondern auch eher seine *Ursache* (wenigstens wo die Herzhäute leiden) als seine *Folge* seien. Schon *Latour* (Fall VII.) leitete die vorgefundene Hypertrophie des Herzens nicht von der Entzündung der Pleura und des Herzens, sondern von dem Geschäfte des Verstorbenen (des Redners Mirabeau) her. Vergl. das S. 72 Gesagte.

VI. Ueber die Blutveränderung im Gelenkrheumatismus.

1.

In dem Vorigen, wo wir über die anatomischen Residuen des Gelenkrheumatismus gesprochen haben, konnten wir nur vorübergehend der während *des Lebens* beobachteten formellen Erscheinungen gedenken, weil sie zum symptomatologischen Theile gehören und später ausführlicher behandelt werden müssen; — hier nun wollen wir über die *Blutveränderung* im Gelenkrheumatismus berichten, weil sie gleichsam zwischen den formellen Erscheinungen im Leben und im Tode in der Mitte steht. Ihre Häufigkeit im Rheumatismus mag man aber danach beurtheilen, dass sie von *Piorry* [1]) mit dem Namen „haemitis“ d. h. *Blutentzündung* belegt worden.

Sydenham kannte sie bereits: [2]) „Die Farbe des aus der Vene gelassenen Blutes ist jenem der Pleuritiker so ähnlich wie ein Ei dem andern.“ — [3]) „Das Blut (wenigstens jenes, welches durch den ersten Aderlass entzogen worden), hat nachdem es erkaltet ist, das Ansehen von zerlassenem, sehr dickem Fette; die Oberfläche desselben ist der Oberfläche des wahren Eiters sehr ähnlich aber auch von ihr sehr verschieden, weil sie durch Fasern mit dem übrigen Blute innig verbunden wird und nicht nach Art des Eiters abfliesst, vielmehr als ein von dem Uebrigen getrennter und verschieden gefärbter Theil die Form eines zähen mit Fasern gefüllten Häutchens zeigt und vielleicht nichts Anderes ist, als Blutfasern, die durch Präcipitation ihrer rothen und natürlichen Decke beraubt wurden und durch die Kühle der umgebenden Luft in eine weissliche Haut dieser Art gerannen. Es ist jedoch, im Vorbeigehen gesagt, wohl zu bemerken, dass das Blut, wenn es

---

1) Traité de diagnostique.
2) De rheumatismo.
3) De pleuritide.

aus der Aderwunde nicht in geradem Strahle gegen den Horizont springt, sondern an der Haut hinschleichend perpendikulär abfliesst, mag dieses auch schnell geschehen, die erwähnte Farbe nicht annimmt, ohne dass ich die Ursache davon anzugeben wüsste. Auch erlangt der Kranke durch einen solchen Aderlass keine Erleichterung.“ . . . „Wenn ich nun die Erscheinungen dieser Krankheit sorgfältig erwäge, so halte ich sie für nichts Anderes, als für ein *von einer eigenthümlichen und besondern Entzündung des Blutes herrührendes Fieber*, durch welches die Natur den kranken Stoff in die Pleura, zuweilen auch in die Lungen ablegt, woher dann eine Peripneumonie entsteht, die ich von der erstern nur dem Grade und der ihrer Ursache gemässen Ausdehnung und Heftigkeit nach verschieden erachte.“

Baynard war nach dem Zeugnisse *G. van Swieten's* (Comm. T. 1) der Ansicht: „dass die rheumatischen Schmerzen nicht der *salzigen* oder *sauren Schärfe* des Blutes, sondern vielmehr *der klebrigen Dichtigkeit* desselben, so dass es die Gefässe ausdehne, durch die es mit Schwierigkeit fliesse, ihren Ursprung verdanken; später wird es sich zeigen, dass eine krankhafte Langsamkeit des Blutes im Rheumatismus zugegen ist [1]).“

M. Stoll (*rat. med. 1776*): „Das aus der Ader gelassene Blut ist mit einer pleuritischen, höchst dicken und zähen Haut bedeckt; — im fieberhaften Rheumatismus haben wir immer eine sehr starke Entzündungshaut auf dem Blute bemerkt, die dabei so dick war, dass sie kaum einen Theil des Cruors oder des rothen Theiles wahrnehmen liess. In jeder andern noch so schweren Entzündungskrankheit erschien die Entzündungskruste kleiner und dünner.“ — An einer andern Stelle (rat. med. p. V.) drückt sich der grosse Arzt folgen-

1) Man vergleiche hiermit die weiter unten angeführten Angaben *Vogel's* und *Roesch's*.

dermassen aus: „Obschon das Blut der Rheumatischen mit einer ausgebreiteten Kruste bedeckt gewesen ist, so wird doch auch hier zuweilen eine Unregelmässigkeit der Erscheinungen beobachtet. *G. v. Swieten* erzählt Geschichten von sehr heftigen entzündlich-rheumatischen Krankheiten, ohne dass selbst auf dem zu wiederholten Malen gelassenen Blute eine Kruste erschienen wäre. Er beschreibt eine entzündlich-rheumatische Pleuritis, wo der Schmerz plötzlich zugleich mit Fieber auftrat und die Erscheinungen viel gelinder waren (wodurch sich wieder die rheumatischen Entzündungen von den ächten unterscheiden), da nun hatte das selbst zweimal in Einem Tage entzogene Blut keine Kruste.“

Ant. Stoerk (ann. medic. secund.): „Das Blut war immer mit einer gelben, dicken, sehr zähen Kruste bedeckt; das Serum schied sich oft in vier oder fünf Stunden nicht von dem Blute; was sich aber trennte, war wenig und dick, und wie ich einige Male beobachtete, zog es Fäden, wenn man es mit einem Stäbchen in die Höhe hob. Ob vielleicht in dem Blutserum der vorzüglichste Sitz des Uebels gewesen?“

Roche [1]: „Im Gelenkrheumatismus scheint ausser den Entzündungen der Gelenke eine Blutveränderung zugegen zu sein, durch welche jene unterstützt werden.“

Chomel und *Andral* haben jene krustöse Blutveränderung im Gelenkrheumatismus öfter gesehen, zuweilen vermisst.

Bouillaud, der die Kruste sehr häufig und noch dazu auf dem durch Schröpfköpfe entleerten Blute gefunden, bestreitet, dass sie dem Rheumatismus eigenthümlich sei.

S. G. Vogel berichtet, dass das Blut im Rheumatismus dünner sei, wodurch sehr leicht Blutflüsse entständen. Dasselbe will *Roesch* beobachtet haben an Blutegelstichen, die ungewöhnlich lange nachbluteten.

---

1) A. a. O.

Driesen fand im Blute, *Anselmio* im Schweisse der Rheumatischen nach *Eisenmann's* Angabe Ammoniumecetat.

Was *Bellingieri* über Electricität des Blutes berichtet, scheint *I. Müller*, *H. Nasse* und *Sternberg* nicht erwiesen.

Babington [1]) machte folgende Beobachtung: „Wenn man mit dem Blute eines am hitzigen Gelenkrheumatismus Leidenden ein Gefäss füllt, so wird man nach vier oder fünf Minuten eine Flüssigkeit bemerken, welche, mit einem weiten Löffel abgeschöpft, sich als eine gleichartige, opalescirende, etwas klebrige Masse darstellt. Bringt man nun diese in ein Fläschchen, so trennt sich ein faserstoffiger Klumpen in der Form des Fläschchens von einem hellen Serum. — Mischt man nun eine mässige Menge Olivenöl mit normalem Blute, so kann man künstlich jene Flüssigkeit herstellen, die *Babington* liquor sanguinis nennt, und, worin ihm *Piorry* beistimmt, für das Wesen der Kruste erklärt.

Andral und *Guvarret* [2]) bemerkten endlich in dem während des Gelenkrheumatismus entzogenen Blute an festen Theilen als höchste Zahl 96%, als kleinste 73%, meistens eine mittlere, sechs Fälle aber, wo sie 90% überstieg. In der Pneumonie ist die Menge der festen Theile geringer als im Rheumatismus.

Becquerel und *Rodier* drücken sich folgendermassen über die Blutveränderung im Rheumatismus aus (Gaz. méd. 1844 N. 49): „Wir haben das Blut in 5 Fällen von hitzigem Rheumatismus „(vier Männer und eine Frau) untersucht. Jene waren 17, 24, „32, 33 Jahre alt; zwei hatten eine gute Constitution, einer „eine mittelmässige, einer war mager aber stark. Bei einem „war der Rheumatismus am 17. Tage, bei dem andern am „9., bei dem dritten am 6.; bei dem vierten datirte er von „6 Wochen. Diesem letztern Kranken war in einer Abthei-

---

1) Medico-chirurg. transations. Vol. XVI. p. II.

2) Gaz. méd. de Paris. 1840.

„lung der Charité fünf Mal zur Ader gelassen worden. Da „er etwas zu frühe ausgegangen war, so wurde er wieder „von Schmerzen ergriffen und trat 14 Tage später in die Ab- „theilung des Herrn *Cruveilhier*. Diese vier Fälle von Rheu- „matismus waren nicht sehr heftig, jedoch alle von Fieber „begleitet; in keinem konstatirte man das Blasebalggeräusch.

Mittlere Zusammensetzung des Blutes im hitzigen Rheumatismus.

Dichtigkeit des defibrinirten Blutes . . .	1055,5
„ „ Serums	1025,8
Wasser	798,9
Kügelchen	118,7
Eiweiss	66,9
Faserstoff	5,8
Extraktivstoffe und freie Salze	8,1
Fette Stoffe	1,647
Seroline	wechselnd
Phosphorirter Stoff	0,479
Cholesterine	1,047
Seife	
Auf 1000 Grammen kalcinirtes Blut.	
Sodium chlorür	3,5
Lösliche Salze	2,5
Phosphate	0,445
Eisen	0,452

„Die Prüfung dieser mittlern Zahlen und jener der Zusam- „mensetzung des Blutes in den einzelnen Fällen leitet zu fol- „genden Resultaten. Die Kügelchen sind weniger zahlreich, „ausser in einem Falle, wo die Krankheit wenig heftig und „vom Anfange nicht weit entfernt war. Das betreffende Indi- „viduum hatte bis zur Zeit seines Eintrittes noch guten Appe- „tit gehabt. Bei einem unserer Kranken erfuhren sie eine „ansehnliche Verminderung; es war derselbe, welcher in einer

„frühern Epoche fünf Mal zur Ader gelassen hatte. Die Fi-
„brine war in allen Fällen vermehrt, das Eiweiss merklich
„vermindert, jedoch in einem geringern Grade als in den
„grossen Entzündungen. Das Serolin war ziemlich reichlich,
„ebenso wie der phosphorirte Stoff; die Cholestrine war nor-
„mal; es lässt sich dieses nur aus der geringen Heftigkeit
„der Krankheit und der Ungestörtheit der Verdauungsverrich-
„tung erklären. Die Phosphate waren ziemlich reichlich. Das
„Serum war zwei Mal in geringer Menge und zwei Mal reich-
„lich, von verschiedener Farbe hell oder dunkel. Der Kuchen,
„voluminös in allen Fällen und mit graulichen Streifen durch-
„säet, in zwei Fällen mit einem rothen Häutchen bedeckt. —
„Die Frau, welche vom Rheumatismus ergriffen war, war 21
„Jahre alt und hatte sich immer wohl befunden. Die Schmer-
„zen datirten seit vier Tagen, sassen vorzüglich in den Muskeln
„des Beines und waren von mässigem Fieber begleitet. Die
„Analyse ergab als Resultat eine schwache Dichtigkeit des
„Blutes und des Serums. Die Kügelchen waren fast im nor-
„malen Zustande, die Fibrine vermehrt, das Eiweiss vermindert.
„Viele fette phosphorirte Materie. Die Cholestrine im norma-
„len Zustande, die Seife ein wenig vermindert. Die Salze
„normal, das Serum reichlich, klar grünlich. Der Kuchen
„voluminös, sehr widerstehend, mit einem lebhaft rothen Häut-
„chen bedeckt. — Wir haben den Rheumatismus unter die
„Entzündungen gestellt, wegen der Vermehrung der Fibrine,
„aber niemals war eine solche Vermehrung der Cholestrine
„und so ansehnliche Verminderung des Albumins, wie in der
„Entzündung.“

William's (in *Froriep's* Notizen XXX, 18): „Die Haut-
ausdünstung enthält Milchsäure und milchsaures Kali und Am-
monium, welche wahrscheinlich aus der Umbildung oder dem
Verfalle der Gewebe, besonders der Muskeln hervorgehen.
Daher sind diese Produkte so reichlich bei starker Muskel-
anstrengung vorhanden, und wenn die Hautausdünstung durch

äussere Kälte gehemmt wird, so können sie im Blute zurückgehalten werden, und Rheumatismus, Störungen in der Harnsekretion oder verschiedene Hautkrankheiten hervorbringen. Die sehr ernsten Folgen, welche zuweilen aus der Einwirkung einer plötzlichen Kälte auf den schwitzenden Körper hervorgehen, lassen sich zum Theil auf dieselbe Ursache, so wie auf die in der Circulation hervorgebrachte Störung zurückführen. Rheumatismus tritt besonders leicht in Folge einer Erkältung ein, wenn der Körper von starker Muskelanstrengung erschöpft ist, und ich habe oft beobachtet, dass der Rheumatismus besonders die Glieder befällt, welche am meisten angestrengt worden sind. Wenn die Haut nicht mehr ausdünstet, fällt eine grössere Funktionsübung auf die Nerven, woraus verschiedene Krankheiten dieser Organe hervorgehen können, und wenn diese auch ihre Aufgabe nicht erfüllen, so häuft sich die Milchsäure im Blute an und verursacht, indem sie wahrscheinlich als ein Ferment wirkt, die Bildung von mehr Harnsäure und deren Zusammensetzungen so wie verwandter Produkte. Diese erzeugen bei zur Entzündung geneigten Individuen rheumatisches Fieber, bei mehr torpiden Constitutionen verschiedene örtliche rheumatische oder gichtische Affectionen."

2.

Ueber die sogenannte krustöse Blutbeschaffenheit.

Bei einer so grossen Verschiedenheit der Erfahrungen und Meinungen über die Blutkruste, wie wir sie eben dargelegt haben (so dass sogar Donné [1]) behauptet, sie entstände erst durch

---

1) „Um ganz kleine Mengen normalen Blutes von krustenbildendem zu unterscheiden, empfiehlt Jones ein ursprünglich von Schröder van der Kolk angegebenes Verfahren als für die Praxis von grosser Wichtigkeit, da es mit Leichtigkeit den Zustand erkennen lässt. Es besteht in Folgendem: Man bringe einen Tropfen ganz frischen Blutes auf ein Stück Glas, nach ½ Minute fängt seine Oberfläche

wiederholte Blutentziehungen) scheint es mir am bessten eine Beschreibung derselben nach den Schriftstellern den Anfang unserer Untersuchung machen zu lassen. Wir unterscheiden demgemäss drei Formen derselben: 1) eine weisslich-gelbliche, nach *Sydenham* dem zerlassenen Fette ähnliche, feste und zähe Kruste mit wenigem Serum und einem festen Kuchen. 2) Eine grünlich-bläuliche von dunkeler Farbe, von schlafferer und weicherer Consistenz mit einem dunkeln lividen, der Gallerte ähnlichen Cruor. 3) Eine blass-röthliche Kruste, dem Hagebuten- oder rothen Himbeerengelée ähnlich, aber dicker und zäher. Die beiden letztern Formen hat *Huxham* in solchen Peripneumonieen beobachtet, welche durch den Aderlass verschlimmert wurden.

Anmerkung. Forget [1]) u. A. sprechen über die Blutkruste der *Plethorischen* und *Schwangern* fast in derselben Weise wie über die Entzündungshaut. Diese hat aber schon *Maunsell* (practice of midwifery) einen „gewöhnlichen Irrthum“ [2])

---

an, ein sehr fein granulirtes Aussehen anzunehmen; hier ist das Blut normal. Fliesst dagegen der Tropfen mehr auseinander, ist von Anfang an die Körnerbildung in ihm sehr auffallend, so kann man das Blut als krustenbildend ansehen. Unter dem Mikroskop zeigt sich der Unterschied in folgender Art: bringt man einen Tropfen frischen, normalen Blutes zwischen 2 Glasplatten, so sieht man zuerst die rothen Blutkörperchen unregelmässig in der Blutflüssigkeit zerstreut, nach ungefähr ½ Minute nähern sie sich aneinander, legen sich Rand an Rand zusammen, indem sie so einen möglichst kleinen Raum einnehmen. Untersucht man krustenbildendes Blut auf die gleiche Weise, so findet man weniger Blutkörperchen in einer grösseren Menge Flüssigkeit und alle Körperchen schnell in Form eines weitmaschigen Netzes vereinigt. Ein einziger Blutstropfen reicht also hin, über die Verhältnisse der Blutmischung hinreichende Aufklärung zu geben.“ (Allgemeine Medic. Central-Zeitung N. 77. 1844).

1) Sur l'humorisme, fièvre typhoid. etc.

2) S. *H. F. Kilian*: die Geburtslehre von Seiten der Wissenschaft und Kunst, Thl. I.

genannt; sie ist aber nicht leicht mit der Entzündungshaut zu verwechseln, da sie seltener, milchfarben, durchsichtig, weich, leicht abzuwischen und ohne gezackten Rand erscheint und vielleicht *Kysteïne* ist. Ob aber die Plethora, in welcher *Piorry* [1]) das Blut niemals verändert gefunden hat, als Krankheit aufzustellen sei, ist eher verneinend denn bejahend zu entscheiden.

Nachdem ich alle Krankengeschichten bei den Schriftstellern, wo der Entzündungshaut Erwähnung geschieht, so weit sie mir zur Hand waren (und es sind ihrer mehr als zweihundert) verglichen habe, muss ich folgendes Ergebniss hinstellen:

I. Die Entzündungs- oder pleuritische Haut gehört nur

1) *den Leiden* (ich sage nicht, wie fast Alle der Entzündung) *der serösen Häute mögen sie akut oder chronisch sein;* und

2) *dem Gelenkrheumatismus* (oder besser dem Leiden mehrerer Synovialen) *an.*

II. Die Entzündungshaut wurde in keiner Beziehung geringer beobachtet in der Hyperkrinie als in der Hyperämie mit Exsudation; auch war sie nicht durch wiederholte Blutentziehungen zu beseitigen gewesen, wo man in der Leiche eine netzförmige falsche Haut des Peri- oder Endokardiums gefunden hat. (Vergl. Andral, Bouillaud, Chomel u. s. w.)

III. Sie entspricht weder den Kräften noch dem Fieber; die Pyämie, Hydrämie und der Skorbut verändern dieselbe. Sie entspricht mehr der Ausdehnung als der Tiefe des Leidens der serösen und synovialen Häute.

---

1) Traité de diagnost.

IV. Wo sich die Kruste vorfindet, ist ein Leiden irgend einer serösen oder synovialen Haut. Aber nicht steht es fest, dass wo eine dieser Häute ergriffen ist, auch die Kruste beobachtet werden müsse, da sie von äussern Einflüssen gehemmt werden kann.

Folgerungen

aus dem Voranstehenden:

1. Man beobachtet häufig während des Gelenkrheumatismus eine krustöse Blutveränderung, die, da sie nicht zu seinem Wesen gehört, (denn sie fehlt nicht selten) nur die *zweite* Stelle unter den Erscheinungen desselben einnimmt.
2. Man verwechsele deshalb nicht mit dem Gelenkrheumatismus die sogenannten *primären, wesentlichen Krankheiten* des *Blutes*, wenn sie auch die funktionellen Erscheinungen desselben annehmen. So gibt *Tardieu* [1]) die Geschichte eines *Bluters*, der von mehrern Aerzten als am Gelenkrheumatismus leidend betrachtet wurde. — Da nun aber die Erscheinungen der wesentlichen Blutkrankheiten nicht bloss auf den serösen und synovialen, sondern auch auf den Schleimhäuten, im Zellgewebe, sogar in den Eingeweiden u. s. w. zu gleicher Zeit beobachtet werden, so wird man nicht leicht irren, wenn man bedenkt, dass der Rheumatismus nur im serösen und synovialen Gewebe zuerst und allein auftreten könne.
3. Die wesentlichen Blutkrankheiten, welche wir kennen, wie der *Skorbut*, die *Bluterkrankheit*, die *Anämie* u. s. w. hinterlassen ihre Residuen in *allen* Geweben. Es sind also jene von jeder pathologisch-anatomischen Analogie verlassen, welche den Rheumatismus, der bloss im serösen Systeme haftet, auf eine primäre Blutkrankheit zurückführen, abgesehen davon, dass sie mittelst einer Hypothese den ihnen unbekannten Zustand erklären wollen.

1) Gaz. méd. 1840.

4. Einen *skorbutischen Rheumatismus* nach dem Vorgange *Sydenham's* (opp. T. I. 173) kann man nicht annehmen, da wie des Schriftstellers Worte selbst beweisen, nur ein geringerer Grad von *Skorbut* von ihm gemeint war. Man vergleiche nur die 63. Beobachtung *Andral's* (Clin. méd. T. I.) um sich zu überzeugen, dass *Skorbut* mit dem Rheumatismus Nichts gemein habe, mit einem der im Anhange mitgetheilten Fälle desselben Schriftstellers.
5. Ferner müssen wir *Roche* gegenüber bestreiten, dass die krustöse Blutveränderung als *Reiz* (*Stimulus*) auf das Leiden der synovialen und serösen Häute zurückwirke, da ja niemals von einer Heilung des Gelenkrheumatismus die Rede sein könnte, wenn wie nach seiner Voraussetzung das örtliche Leiden und die Blutveränderung sich wechselweise hervorbrächten und stützten. Es ist aber wohl zu berücksichtigen, dass wie in der Pneumonie ein Theil der Lunge dem Blutkreislauf mehr oder weniger entfremdet ist, dies so auch auf den vom Rheumatismus ergriffenen Häuten stattfinde, dass diese also gegen den Blutreiz mehr oder weniger isolirt sein müssen. Der wichtigste Grund aber gegen *Roche* ist, dass sein *Stimulus*, jene Blutveränderung, *häufig*, ein Leiden einer serösen oder synovialen Haut *niemals* im Rheumatismus fehlen könne und wirklich niemals fehlt. Damit läugnen wir jedoch nicht, dass nicht jene Blutveränderung auf andere, nicht seröse Gewebe einwirken und sogenannte *Complicationen* hervorrufen könne, wovon später.

VII. Ueber das Verhältniss zwischen dem Rheumatismus und den Leiden des serösen oder synovialen Systems im engern Sinne.

Nach dem bisher Dargelegten wird es einleuchten, dass man keinen *formellen, wirklichen Unterschied zwischen dem Rheumatismus und den primären, wesentlichen, eigentlichen*

Leiden der serösen oder synovialen Häute aufzustellen habe. Nur dadurch unterscheidet sich jener, dass er sich *weiter, allgemeiner* und darum *weniger in die Tiefe* ausdehnt, dass mehrere Häute und zwar *meist* von Hyperkrinie und einfacher Hyperämie ergriffen sind. Daher ist auch leicht zu erklären, wesshalb, wie schon *Stoll* beobachtet hat, die *Entzündungskruste* weit ausgedehnter im Rheumatismus als in irgend einem andern Leiden gefunden wird. Wir können somit mit dem besten Rechte die eigentlich so genannten Leiden der *serösen* und *synovialen Häute, örtliche, partielle Rheumatismen* und den *Rheumatismus selbst ein Ergriffensein mehrerer serösen oder synovialen Häute* nennen. Es findet zwischen beiden ein *Grad-* ein *Quantitäts-* dagegen nicht ein *Wesens-Qualitätsunterschied* statt. Hierdurch treten wir freilich Vielen entgegen, welche den Rheumatismus für einen morbus sui generis halten; wir können uns aber nur auf das vorhin Dargelegte berufen. Wenn die Aerzte grössere Rücksicht auf die Gewebelehre genommen hätten, sie würden wahrlich nicht nöthig gehabt haben, um die Flüchtigkeit des Rheumatismus zu erklären, sich solcher Hypothesen, wie eines *Acre*, einer *Hämopathie*, einer *Hämitis* oder eines *Stimulus* zu bedienen. In Betreff des Zusammenhanges des *Schleimhautsystems* ist Niemand im Zweifel, dass man ihn überall anerkennen müsse; im *Typhusfieber* z. B. leidet *Darm- und Bronchialschleimhaut*, wie zuerst *Laënnec* richtig gezeigt, dem *Schnupfen* folgt leicht ein Leiden der *Magenschleimhaut;* die Wanderungen der *Rose* ferner können wir mit den Augen verfolgen. Dasselbe Verhältniss findet nun im *serösen* und *synovialen Systeme* statt. Bei der *exsudativen Hyperämie der Synovialhaut* des *Hüftgelenks* (coxarthrocare) leidet, wie Sektionen erwiesen, auch die *Synovialhaut* des *Schleimbeutels oberhalb des Kniees;* ebenso leidet bei Affektionen der *serösen Haut der Leber oder Milz* die *Synovialhaut* des rechten oder linken *Schultergelenks* u. s. w. Warum erklärt

man diese Erscheinungen nicht auch durch ein Acre? Da von dem Vorhandensein eines Acre gar Nichts erwiesen, vielmehr die aufgefundene Blutveränderung nur eine sekundäre, und nur der *Sitz* das *Wesen* des Rheumatismus ist, so erklären wir ihn: *für ein Leiden mehrerer serösen oder synovialen Häute zu gleicher Zeit oder nach kurzen Zwischenräumen, ohne darüber entscheiden zu wollen, ob nicht sein letzter Grund im Nervensysteme zu suchen sei.*

Zweiter Abschnitt.

Symptomatologie des Rheumatismus.

Nach dem Raume, welchen der Rheumatismus einnimmt, unterscheiden wir am füglichsten *drei* Formen desselben: 1) den *äussern*, wo bloss *Synovialhäute;* 2) den *innern*, wo bloss *seröse* und 3) den *allgemeinen*, wo *seröse* und *synoviale Häute* ergriffen sind. Die beiden letztern Formen werden wir kürzer berühren, wo sie den Aerzten unter dem Namen „*der Krankheiten des serösen Systemes*" hinlänglich bekannt sind.

I. Ueber den äussern Rheumatismus.

(Rheumatismus externus, synovialium.)

Aeussern Rheumatismus nennen wir jenen Zustand, *wo mehrere Synovialhäute theils der Gelenke, theils der Scheiden der Muskeln und Sehnen* oder beider zugleich (*theils mit ihnen die innere Haut der Schleimbeutel, die Bindehaut, die eigentliche Scheidenhaut des Hodens*) leiden. Wir beobachten dann zwei verschiedene Veränderungen dieses Zustandes: 1) eine *Hyperkrinie* oder 2) eine *einfache Hyperämie* (einfache Stasis, daher Trockenheit) ohne alle sichtliche Texturveränderung.

Anmerkung. In allen Schriften über Rheumatismus besonders *Bouillaud's* wird von einem „*entzündlichen Rheumatismus*" gesprochen. Es ist nun nicht zu läugnen: dass *Entzündung* d. h. eine *exsudative Hyperämie* **einzelne** synoviale Häute ergreifen könne, da jedem Arzte gewiss solche

Beispiele vorgekommen sind. Wir haben dagegen in allen oben angeführten Fällen des hitzigen Rheumatismus, dessen Wesen, um es noch einmal zu sagen, ist, ***mehrere*** *seröse* oder *synoviale Häute* zu ergreifen, niemals die Spuren einer Phlegmasie, einer exsudativen Hyperämie an *mehrern* Stellen aufweisen können. Ich weiss nun freilich, dass *Bouillaud* die *„rheumatische Entzündung“* damit vertheidigt, dass man zuweilen Eiterung gefunden; ich bin zum Andern weit entfernt zu behaupten, dass die Synovialhäute nicht ursprünglich sollten eitern können, aber hat er dadurch die Entzündlichkeit des Rheumatismus bewiesen, da doch jeder weiss, dass oft Eiter ohne alle Entzündung angetroffen wird? (Man vgl. das oben Gesagte.) Ich halte dagegen die exsudative Hyperämie, die Entzündung, für eine dem Rheumatismus feindliche Gewebsveränderung, weil sie seiner weiteren Ausdehnung unbedingt widerstrebt. Es hat noch Niemand beobachtet, dass eine ächte Pleuritis oder Perikarditis, die während oder aus dem Gelenkrheumatismus entstanden war, durch eine spätere Affektion irgend einer Synovialhaut jemals verschwunden sei; im Gegentheile waren alle Versuche, welche die Aerzte unternahmen, die sogenannte *„metastatische“* Entzündung von den Eingeweidehüllen durch Ableitungen u. s. w. auf die Gelenke zurückzuziehen, eitel und vergeblich. Einer so tief eindringenden Verletzung wie der exsudativen Hyperämie kann es ganz gewiss nicht eigenthümlich sein, in einem Nu zu verschwinden und an andern entfernten Stellen mit derselben Kraft aufzutreten. Die Flüchtigkeit des Rheumatismus aber, die den Aerzten zu so sonderbaren Erklärungsmitteln wie eines Acre u. s. w. Veranlassung gab, kann gewiss nur darin bestehen, dass die zu Grunde liegende formale Veränderung (Hyperkrinie und einfache Hyperämie) eine der Gesundheit zunächst stehende, durchaus nicht tief dringende ist, und dass alle serösen und synovialen Häute ein geschlossenes System zu demselben Zwecke und für dieselben Einwirkungen sind.

1. Hyperkrinie der synovialen Häute.

(Akuter Rheumatismus, rheumatisches Fieber der Schriftsteller. Rheumatismus externus hypererinicus, Arthrorheuma acutum.)

Symptome des Beginnes. Was wir davon wissen ist im Ganzen sehr wenig und von geringem Werthe, weil es zumeist auf Mittheilungen der Kranken beruht. Die Erscheinungen sind im Ganzen dieselben Nervensymptome, wie sie jede akute Krankheit einzuleiten pflegen, *Beschleunigung des Pulses* nach *Barthez*, *flüchtige Schmerzen* nach *Chomel*. Zuweilen ziehen sie sich in dieser Weise acht Tage hin, wie ein von *Constant* [1]) mitgetheilter Fall eines Knaben beweist. Nicht selten fehlten alle Erscheinungen des Anfangs, selbst der bei allen akuten Krankheiten so gewöhnliche *Frost*, so dass sich der Rheumatismus durch ein plötzliches Leiden der einen oder andern Synovialhaut der untern Gliedmaassen kund gab. Niemals aber sind von Anfang an mehrere Synovialhäute zu gleicher Zeit ergriffen.

Formerscheinungen der Krankheit, (objektive): Man erkennt sehr leicht die Hyperkrinie weiter, nicht tief verborgener Synovialhäute wie des Kniees, des Ellenbogens, der Handwurzel, der Knöchel, oberflächlicher Sehnen und Muskelscheiden, der Scheidenhaut des Hodens, der oberflächlichen Schleimbeutel; schwieriger die Hyperkrinie kleinerer, und tieferer Gelenke.

Die Erscheinungen sind: 1) *Geschwulst*, die man messen und besonders leicht am Knie erkennen kann; sie ist gleichmässig, gespannt, elastisch, so dass die Kniescheibe in die Höhe gehoben wird, aber auch leicht gegen das Ende des Oberschenkelknochens sich andrücken lässt. So lange die Menge der hyperkrinischen Flüssigkeit nicht den höchsten Grad erreicht hat, kann man nach *Chomel* durch Aufklopfen die Patella steigen und niedersinken machen. Die Geschwulst obgleich

---

1) Gaz. méd. Nr. 8. 1834.

an Grösse ist doch niemals in ihrer Beschaffenheit verschieden an den einzelnen Synovialhäuten; gewöhnlich hat sie eine den auf sie einwirkenden Nachbartheilen entsprechende Form. *Rund* an den Gelenken, den Schleimbeuteln der Haut und insbesondere an den Knöcheln, von welchen aus sie niemals den Fussrücken erreicht, ist sie *länglich* längs der Achillessehne und der Muskel- und Sehnenscheiden überhaupt; niemals aber, worauf bereits *Chomel* hinwies, nimmt sie ein ganzes Glied ein, sondern hört aus leicht ersichtlichen Gründen gegen die Mitte des Gliedes hin auf. Durch den Druck, welchen diese Geschwulst auf die umgebenden Theile ausübt, entsteht bei längerer Dauer Oedem, meist aber und zunächst eine einfache *Hyperämie* (Stase) in dem umgebenden Unterhaut-Zellgewebe und in der Haut selbst (rheumatische Schwiele nach *Froriep*), die sich übrigens ganz nach dem Grade der Hyperkrinie richtet und folgende Erscheinungen mit hervorruft: 2) *Rosenartige Röthe* der äussern Theile, welche vor dem Fingerdruck schwindend einen mit der Umgebung kontrastirenden weissen Fleck zeigt, aber sogleich auch zurückkehrt. An den Theilen aber, wo die Synovialhaut tief verborgen ist, z. B. an dem Hüftgelenk, ist sie nicht zu bemerken. Ausserdem fehlt sie niemals, wenn sie auch gering ist; auch erstreckt sie sich weiter, als die Synovialhaut selbst, niemals phlegmonös, wenn auch die Ergiessung den höchsten Grad erreicht hat. 3) *Starre und Steifheit der ergriffenen Theile*, die theils mechanisch theils dynamisch ist. Wo fast alle Synovialhäute zugleich ergriffen sind, erscheinen die Gliedmaassen ungewöhnlich lang. 3) *Hitze* (besondere Empfindlichkeit für Electricität nach *Froriep*). An der Oberfläche des Körpers gewöhnlich 24° R. erhebt sie sich an den leidenden Theilen zuweilen auf 26° R. [1])

1) Da eine beständige Ausgleichung zwischen der Wärme an der Oberfläche des Körpers und der der umgebenden Medien stattfindet, so bedeckte man das Thermometer mit einem schlechten Wärmeleiter.

Erscheinungen der Funktion (subjective): 1) *Schmerz.* a) Er ist um so heftiger, je schneller und reichlicher der hyperkrinische Erguss entsteht. Uebermässige Mengen des Sekretes, wie im Hydrarthron, erregen zuweilen gar keinen Schmerz, wenn die Ansammlung allmälig stattgefunden und somit die festen Theile gleichsam vorbereitet hatte. b) Er ist heftiger an jenen Stellen, wo die erkrankte Synovialhaut von den umgebenden festen Theilen nicht gestützt wird z. B. zur Seite der Kniescheibe. Uebrigens hängt auch dies von der Menge der hyperkrinischen Flüssigkeit ab. Er ist heftiger bei gleichzeitigen Complicationen. c) Er wird gemildert durch einen leichten stützenden Druck an jenen Stellen, wo die Synovialhaut nur von nachgiebigen Theilen bedeckt ist, z. B. zu beiden Seiten der Kniescheibe, an den Muskeln und Sehnen. Hat aber die Hyperkrinie den höchsten Grad erreicht, ist die Spannung am stärksten, so wird nicht einmal die Berührung der Decke, des Luftzuges ertragen. Drückt man dann auf die Geschwulst, so entsteht ein Schmerz durch die ganze Synovialhaut, der nicht selten das ganze Glied durchzuckt. — Die Behauptung *Cullen's*, dass der Schmerz bei der Bildung der Geschwulst minder werde, ist falsch für den hyperkrinischen, richtig für den hyperämischen Rheumatismus; wir stimmen aber ihm und *Hippocrates* (Aph. V. 24) bei, dass er durch Anwendung der Kälte merklich linder werde. 2) *Unbeweglichkeit der ergriffenen Theile.* Sie ist theils mechanisch durch die Geschwulst hervorgebracht, nach der sie sich richtet, theils dynamisch, von den Zuständen der umgebenden Theile, der Muskeln und Nerven abhängig, theils willkürlich, indem der Kranke den durch Bewegung entstehenden schmerzhaften Druck der Theile zu vermeiden sucht.

Folgeerscheinungen 1) *Oertliche:* Sie sind schon oben angedeutet worden. Die umgebenden Theile, Muskeln u. s. w. sind im Zustande der Hyperämie, die bei längerer Dauer durch Behinderung der Circulation Oedem mit sich führt. 2) *Allgemeine.* (*Fieber, Blutkruste* u. s. w.) Sie richten sich nach der

Zahl der ergriffenen Synovialhäute. Darin stimmt auch *Bouillaud* ein; er irrt dagegen, wenn er das Fieber im Rheumatismus darum für heftiger hält, als in andern hitzigen Krankheiten, weil „*der Mittelpunkt des Blutkreislaufes mitleide.*“ Es ist in Wahrheit heftiger, weil durch gleichzeitiges Ergriffensein mehrerer Häute die Krankheit selbst einen weitern Raum einnimmt, eine grössere Ausdehnung hat. Die Erscheinungen aber sind: *Hitze* des ganzen Körpers, *Schweiss*, zuweilen *Schweissbläschen*, die *Eisenmann* und Andere zum *Friesel* rechnen; *Häufigkeit und Härte des Pulses*, *Häufigkeit der Athemzüge; geringe Menge* eines *heissen flammigen rothen Urins*, der nach Rayer sehr sauer von überharnsauren Salzen ist und gegen den vierzehnten Tag gewöhnlich einen gestaltlosen ziegelfarbenen, aber durchaus nicht kritischen Bodensatz gibt; *Stuhlverstopfung*, *Mangel an Esslust*, sogar *Ekel vor Speisen*, *Durst*, *weisser Beleg* oder *Trockenheit*, oft auch normale Beschaffenheit der *Zunge*. *Steigerung der Erscheinungen am Abend*, *Abnahme derselben gegen den frühen Morgen*, *Schlaflosigkeit*, *grösste Verdriesslichkeit*.

Verlauf der Krankheit. Darüber erlaube ich mir des trefflichen *Stoerck* Beschreibung nach seinen eigenen lateinischen Worten hier wiederzugeben: „Zuweilen aber waren dieser Krankheit (des hitzigen Rheumatismus) Erscheinungen sogleich an dem ersten oder zweiten Tage sehr heftig und gefährlich. Denn viele Kranke hatte ich, bei welchen nach vorherigem Frostschauer ein gewaltiges Fieber entstand, und grosser Durst mit dem heftigsten Schmerze in den Gelenken und Gliedern auftrat. Am zweiten oder zuweilen unmittelbar am ersten Tage blähten sich die schmerzhaften Theile mit einer weissen Geschwulst auf, und Alles war dadurch so gespannt, dass die Kranken kein Glied ohne den grössten Schmerz bewegen konnten, ja sogar die Umstehenden baten, nicht zu nahe zu treten oder irgend einen Theil des Körpers zu berühren; denn von der geringsten Berührung wurde der Schmerz so heftig erregt,

dass die Armen sich des Schreiens nicht enthalten konnten. Der Puls war immer sehr schnell, voll, hart, wesshalb man zumeist zu wiederholten Malen die Ader schlagen musste. Das Blut bedeckte sich immer mit einer gelben, sehr zähen Kruste. Selten empfanden die Kranken vor dem vierten, fünften, sechsten, siebenten oder achten Tage einige Erleichterung; dann aber liessen Schmerz und Spannung nach. Die Nächte waren immer ohne Ruhe; der Schmerz, der den Tag über ziemlich linde gewesen, nahm sogar gegen Abend meist zu. — Sobald als die Heftigkeit der Erscheinungen nachliess, die Geschwülste weich und schlaff waren, und die Kranken ohne grossen Schmerz ihre Glieder zu bewegen anfingen, dann war es nicht mehr nöthig, die Abführungen so häufig zu wiederholen.“ . . „Niemals schwand der Schmerz gänzlich vor dem 20. Tage und zuweilen dauerte er über den 30. oder über den 40. Tag hinaus.“ . . „Wenn bei dem Aufhören des Fiebers die Geschwülste aller Glieder plötzlich abnahmen, dann strömte immer der vordem durch den ganzen Körper verbreitete krankhafte Stoff [1]) an einer Stelle zusammen, und bildete ungeheure lymphatische Geschwülste. Diese nahmen zumeist die Knie, die Hüften, die Leisten oder die Schultern ein. Bei einem einzigen Kranken sammelte sich dieser Stoff zwischen den Schulterblättern und bildete dort eine mehr denn Mannskopf grosse Geschwulst; durch Eröffnung derselben entleerte man neun Pfund eines gelben, klebrigen Serums.“

Obgleich der hyperkrinische Rheumatismus nicht immer so entwickelt erscheint, indem eine geringere Anzahl von Synovialhäuten ergriffen sind und die Hyperkrinie selbst in geringerem Grade vorhanden ist, so ist doch die Natur der Krankheit immer dieselbe.

Ausgänge: 1) in vollständige Genesung ohne auffallende Krise (denn Urin und Schweiss wechseln allzuoft während der

1) (Man wird keinen Anstoss an diesem Ausdrucke des Humoralpathologen nehmen).

Krankheit selbst) indem mit den Geschwülsten die Schmerzen allgemach wieder abnehmen. *Aran* betrachtet es als ein Zeichen zuverlässiger Besserung, wenn der Puls *allmälig* und nicht plötzlich zur normalen Beschaffenheit und Frequenz zurückkehrt. 2) In unvollständige Genesung, indem, wie *Stoerck* oben mittheilt, sich Lymphabscesse bilden. Dieser Art fand ich keine Fälle mehr bei den Schriftstellern beschrieben. Häufiger aber werden die Kranken von zurückbleibender Steifheit der Glieder und hin und wieder auftretenden reissenden Schmerzen gequält. Ob diese Steifheit eine wirkliche Lähmung durch die sekundäre Affection des Nervs und des Muskels selbst ist, wage ich nicht zu entscheiden. 3) In den innern Rheumatismus, den Rheumatismus der serösen Häute, am häufigsten gegen den siebenten oder neunten Tag vom Anfange der Krankheit, zuweilen früher oder später. Je entwickelter die Hyperkrinie, je grösser die Anzahl der ergriffenen synovialen Häute, um so weniger ist dieser Ausgang zu fürchten. Ist jener Uebergang, „*Metastase*“ genannt, geschehen, so leiden die serösen Häute heftiger, als die ursprünglich ergriffenen synovialen, und zwar meist an der exsudativen Hyperämie. — *Rayer* erzählt, dass auch als Ausgang Nephritis entstanden sei; wir sind aber berechtigt, sie für eine blosse Complication zu halten.

2. Einfache Hyperämie der synovialen Häute.

(Rheumatischer Glieder-Muskelschmerz der Schriftsteller. Rheumatismus externus hyperaemicus — arthralgia, myodynia rheumatica, rheumatalgia der Schriftsteller).

Chomel nennt diese Form „*leichten chronischen Rheumatismus*“, *Bouillaud* „*leichten Rheumatismus ohne Fieber.*“ Beide irren, der erstere, weil der hyperämische Rheumatism einen sehr raschen Verlauf haben kann; der andere, weil das Fieber zuweilen ziemlich heftig ist.

Die objectiven Erscheinungen der vorigen Form des Rheumatismus fehlen alle; weder Geschwulst noch Röthe, oder wenn sie zugegen sind, sind sie sehr gering. Die mässige und bloss

dynamische Unbeweglichkeit hängt zumeist von dem Schmerze ab, der reissend und flüchtig von einer synovialen oder serösen Haut zur andern hinüberspringt, aber durch Druck und Reiben des eigentlich kranken Theiles zur grössten Heftigkeit gesteigert wird. Mit dem hyperkrinischen Rheumatismus theilt er sich oft gleichzeitig in den Kranken, oft geht er jenem voraus. Solche Fälle sind der 19. und 20. bei *Bouillaud* (nouvelles recherches).

„*Neunzehnter Fall.* Am 2. Oct. 1835 wurde ein Kellner, der früher Böttcher gewesen war, aufgenommen, welcher in Folge der Erkältungen, denen er sich bei seinem Geschäfte aussetzen muss, und nachdem er in einer sehr kalten Kammer geschlafen hatte. seit 14 Tagen an rheumatischen Schmerzen litt, die allmälig verschiedene Gelenke, die Brustwandungen u. s. w. durchliefen.“

„Es fand sich keine erhebliche Geschwulst der Gelenke, kein Fieber und das Herz bot auch nichts Krankhaftes dar.“

„*Zwanzigster Fall.* Ein Schmelzer, 39 Jahr alt, kam am 7. Oct. in klinische Behandlung. Er klagte über Schmerzen in den Gliedern, jedoch ohne alle Geschwulst der Gelenke, hatte ebenfalls kein Fieber [1]), auch war das Herz im gesunden Zustande.“

Chomel irrt sehr, wenn er die äusserste Flüchtigkeit, d. h. das plötzliche Wechseln dieser rheumatischen Form läugnet, wie der hier mitgetheilte Fall *Stoerck's* auch ausserdem für ihre anatomische von uns gegebene Natur ausgezeichnet beweisend ist: „Ich sah den arthritischen Stoff (man wird an diesem humeralpathologischen Worte keinen Anstoss nehmen), der die Gelenke der Hände und Füsse ergriffen hatte, sich durch den ganzen Körper zerstreuen, die heftigsten Schmerzen erregen und eine allgemeine tetanische Starre hervorbringen. Der

1) „Im Jahre 1823 war dieser Kranke zu Blois einem hitzigen Gelenk-Rheumatismus unterworfen, der ihn drei Monate an das Bett fesselte, und von dem er erst nach acht Monaten vollkommen geheilt war. Der ihn behandelnde Arzt beschränkte sich darauf, ihn Umschläge von Wein mit Brodkrume auf die Gelenke machen zu lassen.“

einzige Unterkiefer blieb wunderbarer Weise frei; selbst die Augen waren mit *Blut unterlaufen und vorgetrieben* [1]), vor Schmerz flossen scharfe ätzende Thränen die Wange hinab. Dennoch aber liessen durch den reichlichen Gebrauch eines *Infusum trium santalorum* und durch gelinde Bettwärme die Starre und der Schmerz durch den ganzen Körper binnen zwei Stunden nach; bald aber war die Brust sehr beengt und zusammen geschnürt, die Respiration hoch, der Puls zitternd, und klein und der Kranke schwebte in der schlimmsten Erstickungsangst. Sogleich wurden um die Gelenke der Hände und Füsse hinlänglich starke Senfteige gelegt, ein scharfes Klystier eingespritzt und ein reichlicher Aufguss von Fliederblumen gegeben. Nach einer halben Stunde entstand an den Knieen und in den Handwurzeln ein ungeheurer Schmerz, und in demselben Augenblicke wurde das Athemholen freier, der Puls grösser und gleichmässiger. Endlich entstand der heftigste Schmerz um den Nabel her; es wurde das vorher beigebrachte Klystier mit vielen sehr harten Kothstücken entleert, und der Schmerz am Nabel verschwand. Dann aber wurden die Leisten heftig ergriffen, so dass die Knie an die Brust gezogen wurden. Von den Leisten ging denn bald der Schmerz zu den Hoden über, wodurch der Kranke in Krämpfe und in eine sehr gefährliche Ohnmacht verfiel und dem Tode ganz nahe war; denn die Extremitäten waren kalt und nirgendwo konnte der Puls aufgefunden werden. Diese höchst schlimmen Erscheinungen dauerten ungefähr sieben Minuten, endlich kehrte die Wärme der Glieder und der Puls zurück und der Kranke begann ruhig zu schlafen. Nach drei Stunden erwachte derselbe und befand sich ziemlich wohl; an den Gliedwurzeln und an beiden Knieen bemerkte man eine leichte und weiche Geschwulst; der Schmerz war geringer [2]).“

1) Hier also eine sichtbare Hyperämie.

2) Man sieht in dieser Krankengeschichte wie das Uebel stets synoviale und seröse Häute verfolgte.

Niemals wird die hyperämische Form des Rheumatismus chronisch beobachtet, wenn man sie nicht etwa mit einem Leiden der Knochen oder Knorpel oder des fibrösen Systems verwechselt. — Der Verlauf ist nach der Zeit derselbe wie des hyperkrinischen Rheumatismus, dem er sehr häufig vorhergeht oder folgt, und den er sehr oft begleitet. Ein ächtes Fieber beobachtet man aber nur da, wo, wie in dem eben angeführten Falle, mehrere Häute schnell nacheinander oder zugleich ergriffen werden; dann fehlt auch die abendliche Verschlimmerung der Erscheinungen nicht.

Ausgänge: 1) in vollständige Genesung. Es bleibt jedoch eine starke Anlage zu Rückfällen, 2) in den hyperkrinischen, 3) in den innern Rheumatismus, 4) es bleiben Contracturen der Gliedmaassen.

Diagnose beider Formen des äussern Rheumatismus.

der hyperkrinischen:	*der hyperämischen*:
1) Geschwulst, Röthe.	1) fehlt.
2) Anhaltender Schmerz, reissend und drückend; lokal.	2) flüchtig, plötzlich.
3) Wenn im Verlaufe der Krankheit neue Synovialhäute ergriffen werden, bleiben die früher leidenden nicht selten in demselben Zustande.	3) Sobald die nächste Synovialhaut ergriffen wird, ist die erstere meist frei; daher die äusserste Wandelbarkeit dieser Form.
4) Fieber fehlt selten. (Entzündungshaut).	4) Fieber ist seltener.
5) Abendliche Verschlimmerung.	5) unbestimmt.
6) Schweiss nützt nicht.	6) lindert zuweilen.
7) Es bleibt zuweilen steife Extension.	7) steife Contraction.

Diagnose von andern Krankheiten.

Wo beide Formen des Rheumatismus in ihrer vollständigen Entwicklung zur Beobachtung kommen, wird nicht leicht ein Irrthum möglich sein, der im Anfange kaum zu vermeiden wäre. Folgendes empfehlen wir zur Beachtung.

1) Der *hyperkrinische Rheumatismus* wird leicht verwechselt: a) mit *der Rose*; b) mit der *Angeitis (der Venen, Lymphgefässe)*; c) mit dem *Oedem des Zellgewebes*; d) mit der *Nephritis*, wenn der Rheumatismus von den Synovialhäuten der Rücken- und Lendenmuskeln seinen Ursprung nimmt; e) mit den wesentlichen Krankheiten des *Blutes*, wie *Bluterkrankheit, Skorbut, Bleichsucht.*

2) Der *hyperämische Rheumatismus* kann am häufigsten verwechselt werden: a) mit den Krankheiten des *fibrösen Systems*, worüber ausführlicher später; *Arthritis, Merkurialism, Syphilis*; b) mit den *Neuralgieen* und den peripherischen Erscheinungen der Spinalirritation; c) mit den örtlichen Leiden der *Haut*, des *Unterhautzellgewebes*; d) mit den *Schmerzen* vom verkehrten Gebrauche der *China, Valeriana* u. s. w. nach *Sydenham*; e) mit *Pyämie, Rotzkrankheit.* Beide Formen des Rheumatismus unterscheiden sich immer von den Leiden *einzelner* Synovialhäute dadurch, dass bei ihnen *mehrere* Synovialmembranen ergriffen sind.

Complikationen beider Formen wurden beobachtet:

a) mit Leiden des *gastrischen Systems* s. O.; *Gallige Gastricismen* führt *M. Stoll* besonders auf; b) mit Krankheiten des *fibrösen Systems*, wo man aber beständig die Synovialhäute sekundär ergriffen fand; b) mit Krankheiten der *Haut* nach *Morgagni* und *Chomel* (*Krätze, Scharlach, Friesel*, vor allen aber mit *einfacher Hyperämie* derselben); d) mit Krankheiten des *Blutes, Chlorose, Pyämie, Skorbut, Rotzkrankheit.*

II. Ueber den allgemeinen Rheumatismus, Rheumatlmus der synovialen und serösen Häute.

Man hat bis jetzt noch keinen nothwendigen Zusammenhang zwischen dem innern und äussern Rheumatismus nachgewiesen. Welche Stelle der Peri- und Endokarditis, die *Bouillaud* für das Bindeglied ausgibt, dabei zukomme, haben wir oben gezeigt. Folgendes steht nach einer Vergleichung der von den Schriftstellern dargelegten Krankenbeobachtungen fest: 1) Wenn innerer und äusserer Rheumatismus zugleich verbunden vorkommen, so sind die formellen Erscheinungen auf den ergriffenen Häuten jene der Hyperämie. 2) Wenn nach dem raschen Verschwinden entwickelter Hyperkrinieen der Synovialhäute ein innerer Rheumatismus folgt, so entstehen (vielleicht weil ihr Gewebe geringere Widerstandskraft hat) schwere Hyperkrinieen oder exsudative Hyperämieen der serösen Häute. 3) Wenn nach dem Verschwinden eines hyperämischen äussern Rheumatismus ein innerer Rheumatismus auftritt, so leiden die serösen Häute an einer Hyperämie oder leichtern Hyperkrinie oder leichtern exsudativen Hyperämie. 4) Wenn auf den innern Rheumatismus ein äusserer folgt, so ist der Zustand der serösen Häute immer eine Hyperämie oder sehr leichte Hyperkrinie gewesen, diese entdeckt man denn auch in den Synovialhäuten. 5) Der Uebertritt des äussern Rheumatismus auf seröse Häute geschieht entweder a) in dem die Krankheit sich immer mehr im Raume ausdehnt, der äussere Rheumatismus wird nun auch zum innern, wie z. B. die bis dahin beschränkte Pneumonie immer mehr Lungengewebe ergreift; oder b) indem das Leiden der serösen Haut gleichsam als ein neues und dann fast immer mit Frost auftritt. In beiden Fällen kann das Leiden der serösen Haut gleichsam die concentrirende Ableitung der peripherischen Affection werden.

1. Rheumatismus der Synovialhäute, der Spinnwebe und weichen Hirnhaut.

(Rheumatismus mit Apoplexie bei Latour.)

Wir kennen bloss die *Hyperkrinie* und zwar vorzüglich nach älteren Schriftstellern. Hierher gehören zwei Fälle von *A. Stoerck*, wovon die Sectionsgeschichte im Anhange. „Zwei von diesen (Kranken) wurden beim Nachlasse des Fiebers und der rheumatischen Geschwulst ängstlich und sprachlos, schlummersüchtig, holten bald hoch Athem und konnten nicht niederliegen; der Puls ward sodann klein, zitternd, ungleich, das Gesicht livide, die Extremitäten kalt und am andern Morgen trat der Tod ein.“ Ein dritter Fall ist bei *Stoll*: „Ein Kranker, der wegen eines rheumatischen Fiebers zu Bette lag, wurde plötzlich von Delirium ergriffen, verfiel in Coma und starb nach wenigen Tagen.“ — *Chomel* erkennt ein (entzündliches) Leiden der *Arachnoidea* in folgenden Worten an; „Man muss auf einen Unterschied aufmerksam sein, dass man in der Phlegmasie ein serös-purulentes Exsudat findet.“ Es irrt aber jener Schriftsteller, wie aus dem Vorigen einleuchtet, wenn er behauptet, „dass die *Hyperkrinie* oder exsudative Hyperämie *der Arachnoidea* erst durch die *Contiguität* der *ergriffenen Dura mater* entstehe.“ — *Bompard* sagt ausdrücklich, dass die *Arachnitis* häufig auf den Gelenkrheumatismus folge. Endlich hat noch *Macleod* drei Fälle (S. 17—101 der Uebers.) von welchen zwei in dem Anhange enthalten sind. Auch gehört hierher, was Chomel *Rheumatismus epicranii* nennt und vielleicht nur eine einfache Hyperämie oder geringere Hyperkrinie der Arachnoidea gewesen ist.

„Akuter Gelenkrheumatismus. Wahrscheinliche prädisponirende Ursache: Wochenbett. Zweiter Anfall. Der erste Anfall war auch auf die Entbindung gefolgt. Grosse Beweglichkeit der Schmerzen, von denen einige die Continuität der Extremitäten einnehmen. Rheumatische Affection des Herzens?

Rheumatismus des Pharynx? Verschwinden der Gelenkschmerzen und Fortdauer des frequenten Pulses. Wiedererscheinen der Schmerzen. *Rheumatismus epicranii.* Vollkommene Heilung nach 14tägiger Behandlung durch 2 Aderlässe.“

„Am 17ten September 1824 wurde im Saal St. Lazare Therese Perrin, 40 Jahre alt, Nätherin, aufgenommen. Sie war vor 2 Monaten entbunden. Schon 14 Monate vorher hatte sie nach einer Schwangerschaft Schmerz in der linken Schulter gespürt und etwa 8 Tage lang einen steifen Arm gehabt. Obgleich sie das Bett gehütet hatte, war ihre Krankheit doch, wie sie versicherte, sehr erträglich und mit der gegenwärtigen Krankheit durchaus nicht zu vergleichen gewesen. Dieses Mal dauerten die Lochien 12 Tage, als sie sich zugleich mit dem Auftreten eines ziemlich heftigen Catarrhs unterdrückten. Der Catarrh endigte vor 8 Tagen und nun trat rheumatisches Fieber ein; die Schulter, das Handgelenk und die Finger der rechten Seite wurden ergriffen; die Muskeln des Arms wurden gleichfalls schmerzhaft; der Schmerz hatte sich dann in den andern Arm gezogen.“

„18ter Septbr. (Examen bei der Visite). Der Ellenbogen, das Handgelenk der rechten, die Finger der linken Extremität und der untere Theil des rechten Oberschenkels sind vom Rheumatismus ergriffen, steif und schmerzhaft, aber nicht so, dass sie durchaus unbeweglich gehalten werden müssen. Kein Schlaf; Fieber; 110 Pulsschläge; die Kranke sagt, sie habe zu Haus geschwitzt, ohne Linderung zu spüren. (Verordnung: Aderlass von 12 Unzen; Cataplasmen; *Decoct. rad. graminis;* Diät.) Der Aderlass wurde nicht gemacht, weil die Kranke sich widersetzte und erklärte, ihre Menstruation sei eingetreten.“

„19ter Septbr. Wenig Schlaf, weniger frequenter Puls (96 Schläge), als Tags zuvor; die Gelenke und Finger beider Hände sind roth und heiss. Schmerzen in dem rechten Knie, der rechten Hüfte und dem hintern Theil des Oberschenkels. Das linke Knie ist ergriffen. Die Kranke hatte gestern Abend

2 — 3 Stunden lang starkes Herzklopfen. Hatte sich die Krankheit vielleicht auf das Herz oder seine Häute versetzt? Heute Morgen lassen weder die Resultate der Percussion, noch Auskultation, noch die functionellen Störungen dieses vermuthen. Die Menstruation ist nicht eingetreten. (Aderlass von 12 Unzen; Catapla smen; 1 Maass *Decoct. rad. gram.* mit Nitrum und Honig; erweichendes Klystir; Diät.) Auf dem Blute war eine Speckhaut."

„20. — Vollkommene Schlaflosigkeit; 112 Pulsschläge; das rechte Handgelenk ist frei, das linke, so wie die Gelenke des Metacarpus mit dem Mittelfinger derselben Seite sehr schmerzhaft, roth und heiss. Beide Knie und die Unterschenkel bis zu dem Fussgelenk sind sehr schmerzhaft. (Verordnung: Aderlass von 8 Unzen u. s. w. wie oben). Das Blut war speckhäutig."

„21. — Schlaflosigkeit; 128 Pulsschläge; sehr starker Durst; das linke Handgelenk ist frei, der Mittel-, Zeige- und Ringfinger derselben Seite sind ergriffen; die Kniee, Fussgelenke und Zehen sind ausserordentlich schmerzhaft. (Verordnung wie oben, mit Ausnahme des Aderlasses)."

„22. — Schlaflosigkeit, frequenter Puls, starker Durst; an der linken Hand ist nur das Gelenk der 2ten mit der 3ten Phalanx des Ringfingers schmerzhaft; an der rechten Hand ist das Gelenk der 1sten Phalanx mit der 2ten des Mittelfingers ergriffen. Die Kniee, die Fussgelenke und Zehen sind schmerzhaft, aber etwas weniger, als Tags zuvor. Geringer Schmerz beim Schlingen; weder Röthe, noch Anschwellung des Pharynx. (Verordnung wie oben; ausserdem noch Gurgelwasser)."

„23. — Die Kranke hat etwas geschlafen, aber peinliche Träume gehabt; 112 Pulsschläge; weniger Durst. Alle Ringfingergelenke der linken Hand sind ergriffen, die Handgelenke und alle Gelenke der Finger der rechten Hand sind afficirt; die Knie, das Fussgelenk und die Zehen sind bei der gering-

sten Bewegung schmerzhaft; aber in der Ruhe verursachen sie der Kranken nur ein Gefühl von Starrsein. Der Schmerz beim Schlingen ist geringer. (Verordnung wie oben).“

„24. — Besserer Schlaf; 96 Pulsschläge; Appetit; die Handgelenke und die Finger der rechten Hand verursachen mehr ein Gefühl von Starrsein, als von Schmerzen. Die Schulter, der Ellenbogen, die Handgelenke und die Finger der linken Seite sind befallen, die Schmerzen aber geringer als vorher, die Knie und Fussgelenke sind frei; einige Zehen sind noch schmerzhaft; geringer Schmerz beim Schlingen. (Verordnung wie oben. 2 Suppen).“

„25. — Etwas Schlaf; 80 Pulsschläge; das linke Handgelenk und der linke Ellenbogen sind etwas schmerzhaft; das linke Knie ist etwas ergriffen; die Zehen sind etwas schmerzhaft; stets geringer Schmerz beim Schlingen; die stärksten Schmerzen sind jetzt am Ende der Wirbelsäule auf der Mittellinie. (Verordnung wie oben).“

„26. — 80 Pulsschläge; Appetit; das linke Knie, die Zehen und das Ellenbogengelenk sind noch etwas schmerzhaft (Verordnung wie oben; ¼ Portion).“

„27. — Die Kranke ist heute Morgen zum ersten Male wieder umhergegangen; sie fühlt nirgends Schmerzen und ist nur sehr schwach und steif. Sie verlangt sehr nach mehr Speisen; ihre Verdauung ist sehr gut. (½ Portion).“

„28. — Die Kranke fühlt sich immer stärker; sie klagt, dass man ihr nicht genug zu essen gebe. Sie will das Hospital verlassen; da aber ihr Puls noch eine gewisse Frequenz zeigt (80 Schläge) und folglich ein Wiedererscheinen der Schmerzen zu befürchten ist, so erlaubte ich ihre Entlassung nicht.“

„29. — Etwas Rheumatismus ist, wie ich voraus sah, wieder in der Hüfte und dem linken Knie eingetreten; der Schmerz ist kaum bei der Bewegung der Extremität zu fühlen, wenn der Körper liegt; er wird aber stärker beim Stehen, so dass der Körper sich nicht auf das rheumatische Glied

stützen kann. (Verordnung: *Decoct. rad. gram.*; Klystir; ¼ Portion.)“

„30. — Die Kranke hat schlecht geschlafen, sie klagt über einen oberflächlichen Schmerz am Kopfe, der durch das Runzeln der Augenbraunen zunahm; wenig Appetit; doch ist das Fieber fast null; kleiner wenig frequenter Puls (80 Schläge); geringe Hitze der Haut; wenig Durst; Schmerzen im linken Arme, dem Kreuz und den Unterschenkeln, die aber nicht so heftig sind, dass sie die Bewegung hindern. (Verordnung *Decoct. rad. gramin.*; 8 gr. Doversches Pulver; 2 Suppen.)“

„1ster October. Ziemlich guter Schlaf; weniger starke Schmerzen; Appetit. (Verordnung. Tisane von Graswurzeln; *pulv. dover. gr. V.*; ¼ Portion.)“

„2ter October. Guter Schlaf, die Kranke kann leicht gehen; kein Fieber; 72 Pulsschläge; kein Schmerz, nur etwas Gefühl von Starrheit in den Extremitäten, die Kranke hat z. B. etwas Mühe ihr Brod zu schneiden. (Verordnung wie oben).“

„Von da an besserte sich die Kranke immer etwas mehr und verliess nach einigen Tagen das Hospital.“

Erscheinungen. Sobald man während oder unmittelbar nach dem Gelenkrheumatismus *heftigen Kopfschmerz* mit Lichtempfindlichkeit, oder gar Delirium beobachtet, muss man an eine *mässige Hyperkrinie der Spinnwebehaut* denken. Wenn aber *Stupor* oder *Coma* auftreten, so ist sie gefährlicher. (Vergl. unten den Fall einer Hyperämie der Pleura).

Anmerkung. In allen Büchern wird ebenso irrthümlich von einer rheumatischen Entzündung der harten *Hirnhaut* als von einer rheumatischen *Sklerotitis* gesprochen. Abgesehen davon, dass der Rheumatismus, wie ich oben gezeigt habe, nichts weiter als ein hyperkrinisches oder hyperämisches Leiden mehrerer synovialen oder serösen Häute ist, also schon desswegen nicht auf die fibröse Ausbreitung, welche man *harte Hirnhaut* nennt, bezogen werden kann; so war es mir unmöglich auch nur Einen Fall zu finden, wo während oder

nach dem Gelenkrheumatismus wirklich ein Leiden der harten Hirnhaut entstanden sei. Gewiss hat der reissende Schmerz der gewöhnlichen *Meningitis* die Aerzte verleitet, sie für rheumatisch zu halten.

2. Rheumatismus der Synovialhäute und der Pleura.

„Sehr häufig entsteht der Rheumatismus der Pleura, sagt *Chomel*, durch *Contiguität*, durch Berührung aus einem Rheumatismus der Brustmuskeln.“ Wer, wie im ganzen Verlauf dieser Abhandlung dargelegt worden, das seröse oder synoviale System nur für den einzigen, wesentlichen Sitz des Rheumatismus anerkennen kann, muss diese Behauptung für durchaus irrthümlich erklären; für *Chomel* beweisende Fälle liegen aber auch gar nicht vor.

A. Hyperkrinie der Pleura (Pleurésie latente bei *Laënnec*).

Ueber diese spricht *Chomel* im IV. Capitel in folgenden Worten: „Um so mehr muss man sich wundern, dass während des Verlaufes rheumatischer Leiden, deren Sitz keineswegs in der Brust, *Exsudate in der Pleura und in dem Perikardium* entstehen, welche sich durch *keinen vorläufigen Schmerz* angekündigt haben. Wenn man unter solchen Verhältnissen die Brust zu perkutiren vergisst, wird man sehr häufig zu spät aus der immer zunehmenden Athembeklemmung die *serösen Ergüsse* erkennen, welche das Leben des Kranken in Gefahr bringen.“

Erscheinungen des Anfanges, vorläufige sind der äussere Rheumatismus in der hyperämischen oder leicht hyperkrinischen Form, bei dessen Verschwinden oder auch bei dessen Fortdauer die pleuritischen Erscheinungen auftreten.

Erscheinungen der Form (hier physikalische. M. vergl. d. Art. hydropisies idiopathiques des plévres bei *Laënnec*). Dumpfer Perkussionston an dem untern Theile der Brust, der aber, wo der Erguss noch spärlich, nicht auffallend zu bemerken ist; plätscherndes Geräusch bei leichten Bewegungen, welches der

Kranke zuweilen selbst wahrnimmt. Das Athemgeräusch ist wegen des Ergusses an den betreffenden Stellen, am häufigsten am untern und hintern Theile der Brust nicht zu hören; *Stimmenwiederhall.* Der Puls ist klein, schwach, zitternd, entsprechend den Herz- und Athembewegungen. Diese sind plötzlich erschwert; der Kranke holt nur keuchend Athem.

Erscheinungen der Funktion (subjective). Fast kein Schmerz oder nur ein unangenehmes, spannendes, lästiges Gefühl in der Brust; zuweilen jedoch ist jener geradezu reissend und zerrend am untern und vordern Brusttheil. Die Angst ist gross, dem Schmerze nicht entsprechend. Fieber keines oder mässiges. Diese Erscheinungen hängen übrigens von der Art und Weise ab, in welcher die Ergiessungen auftreten. Geschieht dies rasch und in grosser Menge, so werden sie leicht für Erscheinungen einer völlig entwickelten Pleuritis genommen.

Ausgänge: 1) in vollständige Genesung durch Resorption des Ergossenen, doch sollen leicht Verwachsungen ohne Beeinträchtigung irgend auffallender Art zurückbleiben; 2) in unvollständige Genesung, wo durch Zurückbleiben des Ergusses Athembeschwerden und sekundäres Oedem der Füsse auftreten; 3) in den Tod durch mechanische Compression der Lungen schnell, oder langsam durch Erschöpfung.

Anmerkung. Andral unterscheidet zwischen einer *Hyperkrinie von örtlicher Entzündung* und einer *Hyperkrinie von einer allgemeinen Reizung.* Die Richtigkeit dieser Scheidung wird durch die eben beschriebene Krankheit nicht bestätigt, Derselbe Schriftsteller gibt übrigens einen interessanten Fall von Hyperkrinie beider Pleurasäcke.

(*Andral* clinique méd. Th. 4. Beob. 30.)

„Doppelter pleuritischer Erguss mit dem Verschwinden rheumatischer Schmerzen zusammenfallend. Ein 40jähriger starkgebauter Mensch kam am 26. Oct. 1822 in die Charité. Er litt damals an einem *akuten Gelenkrheumatismus*, an *Geschwulst* und *Röthe der Handgelenke*, der *Kniee* und *der*

Umgebung der Knöchel; dabei heftiges Fieber ohne augenscheinliches Leiden der übrigen Funktionen. Nach einem mehrmaligen Aderlass wurde dieser Kranke mit einem Male von einer *starken Beklemmung* befallen und zu gleicher Zeit verminderten sich die rheumatischen Schmerzen. Die *horizontale Lage ward unmöglich* und die Gesichtszüge des Kranken *drückten die lebhafteste Angst aus.* Die Brust gab bei der Perkussion einen *dumpfen Ton an dem hintern Theile beiderseits;* in derselben Ausdehnung war die *Stimme mäckernd* und das Athemgeräusch zeigte die Veränderung, welche wir *Bronchialathmen* genannt haben. *Der Kranke hatte keinen Schmerz in den Brustwänden empfunden* (30 Blutegel auf jede Seite des Brustkastens). Am folgenden Tage, 28., geringere Oppression. Der Puls sehr frequent, dieselben Zeichen der Auskultation und Perkussion (20 Blutegel an den After, zwei Blasenpflaster an die Beine).“

„Am 29., dem dritten Tage seit dem Erscheinen der Dyspnöe war der Perkussionston rechts weniger matt und an dieser Seite war die Bronchialrespiration durch sehr schwaches Lungenausdehnungsgeräusch ersetzt. Die Ägophonie dauert fort. Links keine Veränderung. Die Respiration viel freier, der Husten selten, der Puls weniger frequent. — Während der vier folgenden Tage verschwanden der matte Ton, das Bronchialathmen und die Ägophonie; man hörte überall das natürliche Athemgeräusch. Das Fieber hörte auf, und bald war die Heilung vollständig, ohne dass das Fieber zurückgekehrt wäre).“ — Interessant aber leider zu unvollständig mitgetheilt sind zwei Fälle *Balloni's* (Giornale per serv. ai progr. della patolog. gen. Febb. 35) von gleichzeitiger *Hyperkrinie im Gehirn und in der Brust.* Er fand bei einem vordem ganz gesunden Matrosen, welcher bei Strandung eines Schiffes sich nach den grössten Anstrengungen in's Wasser gestürzt hatte, bewusstlos und gelähmt an's Land gezogen wurde und nach 2 Tagen starb, die ganze Brusthöhle und den Herzbeutel ohne

irgend eine Veränderung strotzend voll von seröser Flüssigkeit, desgleichen die Gehirnventrikel; und bei einem jungen Menschen, der sich gleichfalls im Wasser erkältet hatte, sah er rheumatisches Fieber und nachmals hydrothorax entstehen.

B. Hyperämie der Pleura.

Die objektiven Erscheinungen fehlen oder sind sekundäre der Lungen oder des Blutes. Man diagnosticirt auf negative Weise, indem weder die Symptome der Hyperkrinie noch der Hyperämie zugegen sind, wohl aber sehr heftiger, bald fixer, bald reissender Schmerz mit und ohne Fieber, Husten und Dyspnöe.

a. Hyperämie der Lungenpleura.

Einen ausgezeichneten Fall dieses Zustandes, der uns die Symptomenbeschreibung ersetzen kann, findet man in *Andral's* Klinik. Beobacht. 62. T. 1.

„Ein Mützenfabrikant von 25 Jahren hatte schon seit ungefähr zwei Wochen an rheumatischen Schmerzen gelitten, als er im Monate Dezember 1822 in die Charité aufgenommen wurde. Nachdem jene die Gelenke der Schulter, der Handwurzel und des Ellenbogens nach einander durchlaufen hatten, setzten sie sich in beiden Knieen fest, die roth wurden und aufschwollen; dabei heftiges Fieber (Zwei Aderlässe). Die Röthe verschwand, die Geschwulst nahm ab, der Schmerz aber dauerte noch sehr heftig fort. Als dieser nun gegen den 16. Dezember hin nachgelassen hatte, befiel den Kranken eine *starke Athembeklemmung*. (Abends wurden Senfteige an die untern Gliedmaassen gelegt).“

„Am *folgenden Tage* war der rheumatische Schmerz nicht zurückgekehrt; der Kranke sitzt aufrecht und klagt, dass er ersticken müsse. Die Athembewegungen geschehen durch ein gewisses Heben der Rippen und Hinabdrücken des Zwerchfelles. Der Husten selten und trocken. Die Brust hallt überall gut wider, das Athemgeräusch wird etwas verstärkt gehört.

Der Puls sehr häufig, die Haut trocken und heiss. Zwei Erscheinungen nehmen hauptsächlich die Aufmerksamkeit in Anspruch: 1) das plötzliche Verschwinden des rheumatischen Schmerzes und 2) die gleich darauf folgende Dyspnöe mit heftigem Fieber.“ „Welches war aber die Ursache jener so starken Dyspnöe,“ fragt der treffliche Schriftsteller. „Hing sie vielleicht von einer *centralen Pneumonie* oder einer beginnenden *Perikarditis* ab; oder war sie vielleicht bloss *nervös*?“ — *Andral* wagt nur mehr oder weniger wahrscheinliche Vermuthungen aufzustellen. (Kataplasmen auf die Kniee, Aderlass).

„Am *folgenden Tage*, dem *dritten*, seitdem die Dyspnöe eingetreten, befindet sich der Kranke nicht besser. Die rostfarbenen und klebrigen Sputa lassen eine beginnende Pneumonie erkennen; jedoch sind die stethoskopischen Erscheinungen dieselben, wie gestern. Daher muss man annehmen, dass die Entzündung sich auf die Basis oder den Mittelpunkt beschränkt habe, was aber der so sehr heftigen Dyspnöe keineswegs entspricht. (Aderlass; Dov. Pulver, 2 Blasenpflaster an die Waden, erweichende Klystiere).“

„*Am vierten Tage* knisterndes Geräusch in der rechten fossa infraspinata und unterhalb des untern Winkels des linken Schulterblattes. Uebrigens derselbe Zustand, die Pneumonie ist nun weiter vorgerückt (Aderlass).“

„*Am fünften und sechsten Tage* keine Veränderung in dem Geräusche, in dem Auswurfe und der Athembeklemmung; der Puls in derselben Weise sehr häufig. In der Nacht war Delirium beobachtet worden (Senfteige an die Waden, am sechsten Tage 24 Blutegel auf die Brust).“

„Am Morgen des *siebenten Tages* ist der Kranke nicht völlig bei Sinnen; der Gesichtsausdruck stumpf, die Zunge trocken, roth. Die Erscheinungen der Brust dieselben. (12 Blutegel längs der Jugularvenen, zwei Blasenpflaster an die Beine.) Während des Tages kehrt das Bewusstsein zurück, die Zunge wird feucht.“

„Am Morgen des *achten Tages* befindet sich der Kranke viel besser, er holt leichter Athem, der Auswurf hat zum grossen Theile seine klebrige und rostfarbene Beschaffenheit verloren. Der Puls ist sehr häufig. Die Brust wird wegen des Schweisses nicht untersucht. (Erweichendes Getränk.) Abends lässt der Schweiss nach.“

„Am *neunten Tage* findet das Athemholen auf gewöhnliche Weise statt; der Auswurf ist katarrhalisch, der Puls weniger häufig; angenehme Wärme der Haut; das Knistern in der rechten fossa infraspinata ist sehr gering mit gewöhnlichem Athemgeräusch untermischt. Nach drei oder vier Tagen verschwindet es ganz, der Puls wird in Bezug auf Rhythmus normal und der Kranke hergestellt entlassen.“

Anmerkung. Es wird nicht unpassend sein den Worten des ausgezeichneten Schriftstellers Einiges zur Erläuterung hinzuzufügen. Dass jene Dyspnöe nicht von einer *Pneumonie* allein abgehangen habe, wird dadurch bewiesen, dass sie bereits vor dem Erscheinen der stethoskopischen Zeichen und ungewöhnlich heftig dagewesen; dass ferner die spätere Pneumonie, weder an der Basis noch im Centrum der Lungen ihren Sitz gehabt hatte, zeigen eben die in der Folge beobachteten stethoskopischen Erscheinungen. Wenn man nun bedenkt, dass nur auf serösen oder synovialen Häuten ein Rheumatismus möglich ist, so wird man zugeben müssen, dass hier nach dem Verschwinden des Gelenkrheumatismus zunächst ein Leiden der Lungenpleura entstanden sei, welches, ohne formelle Erscheinungen, sich nur durch die ungewöhnliche Athembeklemmung kund gegeben hat; zu diesem ist nun nach drei Tagen eine Pneumonie hinzugetreten, die man mit Recht eine *oberflächliche* und *verbreitete* nennen kann. Somit wird man auch leicht das im Verlaufe der Krankheit entstandene Delirium von einem Leiden der Spinnwebehaut des Gehirns herleiten dürfen, von jenen weniger wesentlichen Gründen unterstützt, dass Aderlässe geringe, Schwitzen und Blutegel grosse Lin-

derung gebracht haben. *Andral* selbst erinnert uns daran, dass die Pneumonie viel seltener ohne begleitendes Leiden der Pleura gefunden würde, als die Pleuritis allein. Es scheint daher nicht nur richtig, diesen Fall den Krankheiten der Pleura beigesellt, sondern das Leiden selbst unter die Rubrik der ohne alle formellen Erscheinungen auftretenden einfachen Hyperämie der Lungenpleura (deren gewöhnlichste Complication eine Anschoppung der Lungen) gebracht zu haben, ein Beispiel einer wahren *trockenen Pleuresie*, auf welche wiederum *Andral* die Aufmerksamkeit der Aerzte zuerst gelenkt hat.

b) Hyperämie der Rippenpleura.

Der Zustand, welchen die Aerzte „*Pleurodynie*“ nennen, muss entweder auf ein Leiden der *Brustmuskeln* oder der *Rippenpleura* bezogen werden. Was das erstere betrifft, so haben wir schon oben bei der Erwähnung *Gaudet's* unsere Meinung dahin ausgedrückt, dass es vielleicht nichts Anderes als eine Folgeerscheinung der sogenannten „*Spinalirritation*“ sei. Die Hyperämie des *Rippenfelles* (pleurodynia costalis) wird aber von den Aerzten sehr häufig mit der *Hyperkrinie* der Pleura und den Erscheinungen der Spinalirritation verwechselt oder zusammengeworfen.

Erscheinungen: Ein oft bis zu den Schultern und dem Rücken ziehender Schmerz, der zuweilen so heftig, dass der Kranke aufschreit, und durch die Athembewegung des Brustkastens, durch Druck, durch Beugen des Körpers, durch das Liegen auf der kranken Seite, durch Erheben des entsprechen-Armes ansehnlich gesteigert wird; je nach der Heftigkeit ist auch Fieber zugegen. Es fehlen dabei alle Erscheinungen der *Hyperkrinie*, eines Leidens der *Lungenpleura*, der *Muskeln* und der äussern Theile, der Rückenmarksreizung.

Verlauf: Ich erlaube mir wieder, *A. Stoerk's* [1]), der so ausgezeichnet in Darstellung der Krankheiten, für mich reden

1) Ann. méd. sec. 760.

zu lassen. „Im Anfange durchzogen Schauer und Frost den Rücken oder den ganzen Körper; darauf entstanden Fieber und Durst, und bald wurde ein dicker Rindviehharn entleert. Nach einigen Stunden trat ein flüchtiger Schmerz hinzu, der noch an demselben oder an dem folgenden Tage sich festsetzte und bereits die Kniee oder die Hüften oder Schultern, die Schulterblätter oder die Wirbel der Lenden, des Rückens oder Halses einnahm, zuweilen *aber die Rippen ergriff und eine Pleuritis simulirte.* Die vom Schmerze ergriffene Stelle schwoll zuweilen an, zuweilen aber auch bemerkte man gar keine Geschwulst; jede Berührung aber vermehrte den Schmerz. Wenn bei diesem Zustande das Fieber nicht sehr heftig war und der Kranke sich selbst nicht vernachlässigte, so konnte die Krankheit im Anfange leicht geheilt werden."

„Ein leichteres Fieber dieser Art schwand innerhalb zwei bis drei Tagen. Selten bedurfte es des Aderlasses. So lange das Fieber dauerte, so lange wurde auch ein dicker, trüber stinkender Urin entleert, der Brennen beim Durchgange durch die Harnröhre erregte. Die von diesem Fieber geheilten Kranken mussten mit grosser Aufmerksamkeit darauf achten, sich nicht von Neuem einer kühlern Luft auszusetzen; denn sie waren sehr geneigt zu Rückfällen und diese für die Behandlung weit schwieriger."

Was der berühmte *Stoll*, gegen den *Bouillaud* in seinen Nouv. recherch. chap. V. §. 2 sich etwas zu unbesonnen ausspricht, als Unterschied zwischen der „*rheumatischen*" und „*wahren Pleuritis*" aufgestellt hat, diess ist noch in soweit von diagnostischer Geltung, als es den Unterschied zwischen *der einfachen Hyperämie sowohl der Rippen- und Lungenpleura* (rheumatische Pleuritis) einerseits und *die exsudative Hyperämie der Pleura* (wahre Pleuritis) andererseits in Wahrheit betrifft. „Eine bemerkenswerthe Krankheit war die *rheumatische Pleuritis*, mochte man nun ihre Erscheinungen oder die Art ihrer Heilung berücksichtigen. Folgende diagnos-

tische Zeichen haben wir zusammengestellt: 1) Meist gingen reissende rheumatische Schmerzen der obern oder untern Glieder vorher. 2) Dieselben Schmerzen der Glieder begleiteten oft die Pleuritis. 3) Diese Pleuritis fing zuweilen ohne Frostschauer oder mit einer nicht lange anhaltenden und leichten Kälte an, wogegen die wahre Pleuritis mit einem starken meist mehrstündigen Froste begann. 4) Sogleich zeigte sich der *Seitenschmerz* zugleich mit jenem leichten Schauder, wo im Gegentheil der stechende Schmerz in der ächten Pleuritis erst nach einigen Stunden mit jenem starken Froste dazu kam. 5) In der rheumatischen Pleuritis pflegte sich der Schmerz nach den Präkordien, nach dem Bauche, dem ganzen Thorax nach dem Zwischenschulterblattraum auszudehnen; — in der wahren Pleuritis beschränkte sich der Schmerz auf einen engern Raum. 6) Der Schmerz der rheumatischen Pleuritis wandert oft von einem Orte an den andern; beständiger war er in der ächten Pleuritis. 7) In der rheumatischen Pleuritis wurde sehr oft die Berührung der schmerzenden Stellen nicht ertragen, das Gegentheil in der ächten. 8) In der rheumatischen Pleuritis liegen die Kranken leichter auf der gesunden, in der ächten Pleuritis aber schwieriger auf dieser Seite. 9) Das Gefühl von Druck oder Athembeschwerde fehlt oder ist sehr gering (nicht immer) in der rheumatischen, entwickelter in der wahren Pleuritis. 10) Zunge und Schlund waren zumeist weiss und schleimbedeckt in der rheumatischen, trocken in der ächten Pleuritis. 11) Die Haut trockener, Trockenheit der Nase, triefende Augen, röthlicher sehr sparsamer Urin, geringe Leibesöffnung in der ächten, keine dieser Erscheinungen oder wenigstens weit geringer in der rheumatischen Pleuritis. 12) Die ächte Pleuritis war häufig im Anfange trocken und ohne Auswurf; sehr selten hatten die Kranken schleimige, safranfarbige, blutige Sputa; die rheumatische Pleuritis war sehr selten trocken, aber der Husten leicht, und der Auswurf schleimig, klebrig, mit Blut gestreift und diess

bald im Anfange der Krankheit. Das Blut war in beiden Formen der Pleuritis höchst entzündet mit diesem einzigen Unterschiede, dass in der rheumatischen Pleuritis die Entzündungshaut meist dicker und grösser gewesen ist, dass wenig oder auch zuweilen gar kein Blutkuchen sichtbar war. In der ächten Pleuritis ist die Kruste meist zusammengezogen, indem die Fasern ringsum aufsteigen. 13) Die wahre Pleuritis war akuter und an eine an bestimmten Tagen und mit einer vorkritischen Verschlimmerung auftretende Krise gebunden. Obschon nun die rheumatische Pleuritis sich durch Auswurf und Urin entschied, so beobachtete die Natur doch kein bestimmtes Gesetz, nach welchem die Lösung der Krankheit eingetreten wäre. Nicht selten entschied sie sich durch Schweissbildung. Der Sitz dieser rheumatischen Entzündung war in dieser Form der Pleuritis in der Pleura auf den Zwischenrippenmuskeln auch in den Lungen (nur sekundär, wie sich leicht nach dem Vorigen ergibt); dass diese nämlich von der rheumatischen Entzündung ergriffen seien, bewies der blutige Auswurf.“

— ...„Ich antworte aber, dass diejenige Pleuritis, welche ich *rheumatisch* nenne, in den Vorlesungen leicht als von der entzündlichen verschieden auf- und dargestellt, dass aber am Krankenbette beide häufig nicht ohne grossen Schaden verwechselt werden, da sehr oft in der rheumatischen Form das starke Fieber, der heftige Seitenschmerz und die übrigen Erscheinungen so genau die wahre und entzündliche Pleuritis nachahmen, dass ein Irrthum durch Verwechselung sehr leicht und täglich vorkommt. Das aber die Diagnose beider Formen so sehr schwierig ist, dass sie sogar kunstgeübte Männer täuschte und noch täglich so häufig täuscht, dass die Aerzte die Entzündung nicht von dem Rheumatismus zu scheiden vermögen, wird durch die kaum unähnlichen Erscheinungen beider Krankheiten und durch das Beispiel *Sydenham's* bewiesen.“

Diese Schwierigkeit ist gegenwärtig seit dem allgemeinen Gebrauch des Stethoskops und der Perkussion unendlich geringer. Sie verschwindet jedoch erst ganz, wenn man die oben dargelegten Zustände als solche festhält und sich nicht durch einen hergebrachten Namen leiten lässt. Dass *Stoll* unter *„rheumatischer Pleuritis“* die *Hyperämie* und *Hyperkrinie der Pleura* versteht, wird nach Darlegung seiner eigenen Worte wohl Jedem einleuchten; es wird aber auch so viel dadurch bewiesen, dass er ungleich schärfer und weniger befangen als *Bouillaud* beobachtet hat.

c) Exsudative Hyperämie der Pleura (Pleuritis).

Wenn den Benennungen der Schriftsteller unbedingtes Vertrauen geschenkt werden könnte, so müssten wir *„die Pleuritis“* die *„Entzündung der Pleura“* d. h. *die exsudative Hyperämie der Pleura* für die zu den rheumatischen Leiden am häufigsten gehörende Form erklären. Alle fassen aber unter diesem Namen *drei*, wie wir wissen, verschiedene Zustände zusammen. Nur einen einzigen Fall dagegen von einer exsudativen Hyperämie der Pleura nach und während eines äussern Rheumatismus, dessen Beschreibung im Anhange, fanden wir und zwar bei *Stoll;* in den übrigen Beobachtungen war sie von Diaphragmatitis, Peri- oder Endocarditis und Pneumonie, wie in den Fällen von *Stokes*, begleitet. Es kann dies freilich Nichts für ihre Häufigkeit im Allgemeinen beweisen, da eine Pleuritis, wenn sie sich nicht zu weit erstreckt, durch sich selbst nicht leicht tödtlich wird. *Verwachsungen* aber beweisen noch weniger für ihre Frequenz, als sie nach *Andral* u. A. selten eine Entzündung zu ihrem Zustandekommen bedürfen und sehr erklärlich auch einer Hyperkrinie ihren Ursprung verdanken können. Wir dürfen uns daher nur durch die diagnostischen Zeichen in dieser Beziekung leiten lassen, und dann müssen wir freilich die Pleuritis für viel seltener mit und nach dem äussern Rheumatismus, als die Hyperkrinie und einfache Hyperämie der Pleura erklären.

Erscheinungen des Anfanges (vorläufige) sind entweder die eines verschwundenen hyperkrinischen oder hyperämischen äussern Rheumatismus oder die gewöhnlichen wie Frost u. dgl.

Objektive Erscheinungen: Dumpfer Perkussionston; das Athemgeräusch, wegen des Schmerzes schon schwächer, wird von dem Exsudat völlig verdeckt. Die verschiedenen Arten der Ägophonie, Reibungsgeräusche; die Schwingungen der Brust fehlen an der kranken Seite. Der Puls ist hart, häufig und gespannt — Fieber, Blutkruste, Stuhlverstopfung.

Subjektive Erscheinungen: Die höchste Athembeschwerde, so dass der Kranke hoch im Bette sitzt; dabei grosse Angst. Fixer stechender, sehr heftiger Schmerz, am häufigsten unter der Brustwarze, der von da dann die ganze Brusthälfte durchstrahlt und durch Druck zuweilen gesteigert wird. Trockener Reizhusten, zuweilen mit geringem katarrhalischem oder bei Pneumonie mit rostfarbenem und blutstreifigem Auswurf.

Complicationen: 1) mit gastrisch-biliösen Zuständen; 2) mit Blutanschoppung der Lungen, selbst Entzündung.

Ein Fall von doppelter Pleuritis, sekundärer Pneumonie und Perikarditis bei *Stokes:*

„*Arthritis acuta; Perikarditis;* doppelte Pleuropneumonie; Heilung.“

„Franziska Kelly, 24 Jahre alt, wurde am 21. März 1833 von einer Arthritis befallen, welche fast alle Gelenke affizirte. Nach 6 Tagen kam sie ins Hospital. Die Gelenke nicht sehr entzündet; heftiges Fieber; Puls voll und stark, aber regelmässig; die Brust schmerzlos, weder Husten noch Dyspnöe; die Herzschläge stark, an der Spitze ein unbedeutendes *frottement* hörbar (allgemeine und örtliche Blutentziehungen).“

„Fünf Tage hindurch *tart. stib.*, der dann wegen eines zu heftigen Erbrechens und einer bedeutenden Diarrhöe ausgesetzt werden musste.“

„Am 7ten Tage nach der Aufnahme folgender Zustand: Fieber, heftiger Schmerz in den Gelenken, ohne Zunahme der

Entzündung, Puls voll und hart, 130; Respiration 40. Die Zunahme des Fiebers ohne gleichzeitige Steigerung der Arthritis erweckte in mir die Vermuthung, dass ein edles Organ leide, und ich richtete meine Aufmerksamkeit auf das Herz, konnte aber kein meine Vermuthung bestätigendes Symptom erkennen.“

„Am andern Morgen: dumpfer Ton in dem untern und seitlichen Theile der linken Brusthälfte, respiratorisches Geräusch sehr schwach, deutliches pleuritisches *frottement* in dem vordern und untern Theile. Dieses Geräusch rührte offenbar von der entzündeten Pleura her, denn es war synchronistisch mit der Respiration, und verschwand, wenn die Kranke den Athem an sich hielt. Die beiden Herzgeräusche waren von einem an der Basis sehr starken, an der Spitze kaum wahrnehmbaren *bruit de râpe* begleitet. Dieses Geräusch erstreckte sich nicht bis unter das Schlüsselbein und bis in den hintern Theil der Brust, obgleich die Herzschläge an diesen Stellen deutlich gehört wurden; vermittelst der Hand konnte man kein Schwirren wahrnehmen. Angst und Unruhe im Gesichte, die Brust schmerzlos, in der Herzgegend ein Gefühl von Mattigkeit; keine Ohnmacht: Todesfurcht; beschleunigte aber nicht erschwerte Respiration; Puls 124, hart und vibrirend, aber regelmässig. (Blutegel, Kalomel und Digitalis).“

„Am 9. April: Deutliche Besserung; das *bruit de râpe* ist jedoch in der ganzen Präkordialgegend wahrnehmbar.“

„Am 10.: Abnahme der Angst und der Mattigkeit in der Herzgegend, die Respiration leichter, Puls 110 und voll, Herzschlag weniger stark, Urin reichlich und sehr gefärbt; das *bruit de frottement* in der ganzen Herzgegend noch sehr deutlich, aber minder hart und dem *bruit de souffle* sich nähernd; dumpfer Ton auf der linken Seite.“

„Am 11.: Das *bruit de frottement* erstreckt sich nicht mehr bis zur Spitze, ist aber noch an der Basis vorhanden.“

„Am 12.: Fortschreitende Besserung, das *bruit de frottement* kaum mehr wahrnehmbar.“

„Am 14.: Rückfall; das *bruit de frottement* erscheint wieder, aber nur in einem sehr beschränkten Raume an der Basis des Herzens.“

„Am Ende des Monats vollkommene Heilung; das *bruit de frottement* hat sich allmälig verloren.“

Diagnose der verschiedenen Zustände der Pleura.

1. der Hyperkrinie	2. der einfachen Hyperämie		3. der exsudativen Hyperämie
der Pleura.	a) der Lungenpleura.	b) der Rippenpleura.	der Pleura.
Dumpfer Perkussionston.	Normaler Perkussionston.	Die Perkussion macht Schmerz, gibt aber einen normalen Ton.	Dumpfer Perkussionston; zuweilen Schmerz beim Aufklopfen.
Das Athemgeräusch schwach oder fehlend an der Basis und dem hintern Theile der Lunge.	Das Athemgeräusch meist stärker, pucril (Reibungsgeräusch?)	Das Athemgeräusch normal, wenn der Kranke es nicht scheut die Brust auszudehnen.	Das Athemgeräusch ist sehr schwach oder fehlend; Ägophonie, Reibungsgeräusch.
Die Schwingung fehlt auf der leidenden Brustseite	fehlt nicht.	fehlt bei sehr heftigem Schmerz, erscheint beim tiefen Athem.	fehlt durchaus.
Lage des Kranken auf dem Rücken oder Sitzen im Bette.	Lage auf dem Rücken nach der kranken Seite hin.	Gewöhnlich nach der schmerzhaften Seite hin, um jede Spannung der Theile zu vermeiden; doch ist sie beliebig.	Lage auf dem Rücken nach der kranken Seite hin; auch wohl halbes Sitzen im Bette.
Das Fieber bald mässig, bald heftig, bald fehlend.	Starkes Fieber.	Kein Fieber.	Sehr starkes Fieber.
Fehlende, geringe oder sehr starke Athembeklemmung je nach der	Höchste Athembeklemmung.	Athembeklemmung, weil der Kranke wegen des Schmerzes	Höchste Athembeklemmung.

1. der Hyperkrinie	2. der einfachen Hyperämie		3. der exsudativen Hyperämie
der Pleura.	a) der Lungenpleura.	b) der Rippenpleura.	der Pleura.
Menge des Ergusses und dem Zustande der Lungen.		die Brust auszudehnen scheut.	
	Trockenes, sehr quälendes übrigens seltenes Husten.		Trockenes, sehr quälendes, übrigens seltenes Husten.
	Weniger, blutstreifiger Auswurf (durch sekundäre Hyperämie der Lungen).		Weniger, blutstreifiger Auswurf (durch sekundäre Hyperämie der Lungen).
Oft fehlender oder sehr mässiger Schmerz; sehr oft ein blosses Gefühl von Spannung.	Heftiger stechender, reissender, sehr flüchtiger Schmerz, der nur durch ein tiefes Athemholen gesteigert wird.	Stechender, bald fixer, bald strahlender Schmerz, der durch jede Bewegung und durch Druck gesteigert wird.	Sehr heftiger stechender, fixer Schmerz unter der linken Brustwarze der durch Bewegung (und zuweilen durch Druck) gesteigert wird und strahlend sich ausbreitet.
Beim plötzlichen Erscheinen grosse Angst.	Nicht ausgesprochene Angst.	fehlt.	Grosse Angst.
Alle Erscheinungen richten sich nach der Menge und dem mehr oder minder raschen Auftreten der Ergiessung.	Mit dem Schmerze verschwindet die Krankheit.	Ebenso.	Nach dem Verschwinden des Schmerzes bleiben sehr häufig noch die Ergiessungen, Verwachsungen und die Folgeerscheinungen.

Ausgänge:

1) *Der Hyperkrinie:* a) in *vollständige Genesung* zuweilen ohne auffallend kritische Erscheinungen (wie Schweiss,

Urin) in jedem Stadium der Krankheit. Sehr leicht jedoch entstehen bei längerer Dauer, und wenn nur der flüssigere Theil des Sekretes wiederaufgesogen wird, theilweise, fadenförmige auch wohl totale Verwachsungen. b) Ist aber die Aufsaugung wegen zu grosser Menge des Sekretes, oder weil der Kranke sehr erschöpft ist und die Lungen selbst leiden, nicht möglich, so bleibt der Zustand, den man Hydrothorax nennt. c) Sie ist nicht durch sich selbst tödtlich, wenn nicht die Ergiessung in sehr grosser Menge und plötzlich stattgefunden oder irgend eine Complication besonders der Lungen zugegen ist. Sie ist gefährlich, wo die *Arachnoidea* oder das *Perikardium* mitleidet.

2) *Der einfachen Hyperämie der Lungen- und Rippenpleura:* a) In vollständige Genesung mit einer auffallenden Krise, besonders Schweisskrise. b) Häufig in eine exsudative Hyperämie, anf andere seröse Häute, Zwerchfell, Peritonäum u. s. w. in Pneumonie. c) Durch sich selbst niemals in den Tod.

3) *Der exsudativen Hyperämie:* a) In vollständige Genesung, wenn sie keinen grossen Raum eingenommen hat. b) Sehr häufig bleiben totale Verwachsungen, falsche Häute mit nachfolgender Verengerung der entsprechenden Brustseite; in Pneumonie; in (Empyem) Eiterung, wenn Complicationen wie Skrofeln, Tuberkeln u. s. w. zugegen sind. c) In den Tod durch sich selbst, wenn sie sehr tief oder sehr weit geht, durch Pneumonie, durch Empyem.

3. Rheumatismus der Synovialhäute und des Pericardiums.

A. Hyperkrinie des Herzbeutels.

(*Hydrops pericardii acutus rheumaticus, pericarditis latens rheumatica, subakute Perikarditis der Schriftsteller*).

Bevor ich zur Darlegung der Zeichen dieser Krankheit übergehe, möge es wegen der Wichtigkeit des Gegenstandes gestattet sein, dem Leser einige Krankheitsgeschichten vorzuführen.

1) Eine Frau von 28 Jahren, welche zu mehreren Malen schon geboren hatte, von schlaffem Fleische, weisser Haut und schwarzen Haaren, klagte über einen ohne bekannte Ursache entstandenen flüchtigen Schmerz mit einer sehr geringen Röthe beider Knöchelgelenke. Weder Geschwulst noch Fieber. Da das Leiden der Kranken selbst unbedeutend erschien, überliess sie es ganz und gar sich selbst. Am folgenden Tage war der Schmerz bis zu den Knieen gekommen und hinderte die Kranke auf dem Stuhle zu sitzen und zu nähen. Abends werde ich zu ihr hinbeschieden, weil sie in der höchsten Erstickungsangst schwebe. Sie sitzt mit gesenktem Kopfe im Bette, klagt über ein Gefühl von Wallung in der Präkordialgegend und wird einige Mal ohnmächtig. Kalter Schweiss auf dem ängstlich verzerrten Gesichte, der Athem keuchend und kurz, der Puls häufig, weich, klein. Die Herzgeräusche werden weit entfernt von der Brust und nur schwach gehört. Der Percussionston der Herzgegend ist in einem Raum von zwei Querfingern dumpf. Keine gastrischen Erscheinungen. (*Blasenpflaster, scharfes Fussbad, Brechweinsteinlösung.*) — Am folgenden Tage ist das Athemholen freier; das Gefühl von Wallung am Herzen erregt einen leichten Schmerz. Der Knieschmerz derselbe. Schweiss in der folgenden Nacht.

Am dritten Tage ist nichts Krankhaftes mehr zu bemerken. Die Herzgegend mit Plessimeter und Stethoskop untersucht zeigt nichts Ungewöhnliches. Kein Knieschmerz mehr. Genesung.

2) Einen ähnlichen aber schwierigern Fall, den *Danyau* [1]) unter dem Namen einer „*Perikarditis mit einer subakuten Arthritis*“ mittheilt, will ich in der Kürze hier anführen: „Das Gesicht von Angst verzerrt, die keineswegs mit der örtlichen Krankheit im Verhältniss steht, der Perkussionston

1) Journ. d. connaiss. méd. I. trim. 1834.

der Herzgegend in grösserer Ausdehnung, als gewöhnlich, dumpf; der Puls ungleich und häufig; solche Athembeklemmung, dass sie den Kranken hindert, rasch zu gehen oder Treppen zu ersteigen. Weder Schmerz der Herzgegend noch Hitze des Gesichtes; weder Anfälle von heftigerer Athemnoth noch Oedem der untern Gliedmaassen.“ *Fouquier* dignoscirte: „*eine verborgene und dunkele Entzündung des Perikardiums und daher entstandene Ergiessung* (zwei Aderlässe, Blutegel, Blasenpflaster). Nach drei Wochen Genesung.“

Derselben Natur sind: Ein Fall bei *Graves* [1]) (S. 539 der Bressler'schen Uebersetzung) wo auch die Arachnoidea mit-

---

1) „*Rheumatismus acutus articulorum* mit *Perikarditis* und *Delirium tremens.* Reddy, 27 Jahre alt, Arbeiter in einer sehr grossen Brauerei, ward am 19ten Juni 1841 in das Meath-Hospital aufgenommen. Patient hatte seinem eigenen Geständniss zufolge täglich ansehnliche Quantitäten Porter und Whiskey verzehrt. Vor drei Wochen ward er von Rheumatismus der grösseren Gelenke befallen, welche bei Aufnahme des Kranken geschwollen, roth und schmerzhaft waren; die Finger an beiden Händen zeigten sich halb gebogen, und konnten nicht die leiseste Berührung ertragen; das Gesicht des Kranken drückte Schmerz und Leiden aus. Puls 72, schwach aber regelmässig, Herzaction normal; der Kranke litt an profusen Schweissen, vermochte nicht sich im Bett zu bewegen, schlief wenig oder gar nicht, hatte keinen Appetit, aber starken Durst. Es wurde ein Aderlass und innerlich Calomel mit Opium verordnet, von letzterem *gr.* IV. *pro die.*“

„Am 21ten Juni. Es zeigen sich Spuren von Pericarditis, Calomel und Opium werden fortgesetzt, auf die Herzgegend werden Schröpfköpfe, später Blasenpflaster applicirt.“

„Am 25ten Juni. Es tritt Salivation ein; die Herzsymptome so wie die Gelenkentzündung sind grösstentheils beseitigt; statt wie früher 12 Gran Calomel mit 4 Gran Opium täglich zu nehmen, erhält der Kranke jetzt nur 3 Gran Calomel mit ¼ Gran Opium einen um den andern Tag.“

„Am 26ten Juni. Der Rheumatismus ist fast ganz geschwunden, Puls 88, weich und regelmässig. Im Gesichte des Kranken macht sich ein eigenthümlicher Ausdruck geltend, die Gesichtsfarbe ist erhöht, das Auge glänzend; auf Befragen ergibt sich,

litt, der obige Fall von *Stokes*, wo das Leiden des Perikardiums für Perikarditis angesehen wurde; Fall 4 bei *Bouillaud* in seinen „nouvelles recherches“ etc., Fall 31 seines „traité clinique des maux du coeur.“ Im Fall 33 des letztern Buches war zugleich ein Leiden des Endokardiums, im Fall 36 eine Pneumonie. — *Andral* kennt ebenfalls diesen Zustand und hat ihn unter der Benennung *„Akute Perikarditis ohne Schmerz aber mit Dyspnöe“* beschrieben, wie die Beobachtungen 5, 6, 7 seiner „Clinique méd.“ beweisen, wo aber die Erscheinungen des äussern Rheumatismus gefehlt haben.

Man muss gestehen, dass die kundigsten Schriftsteller über Herzkrankheiten, wie *Laënnec*, *Corvisart*, *Andral*, *Bouillaud* ohne alle anatomischen Gründe die Hyperkrinie entweder einer *Entzündung* oder *Reizung* oder endlich dem *Hydroperikardium* zugetheilt haben. Eine solche Begriffsverwirrung kann

---

dass Patient die vergangene Nacht schlaflos und delirirend zugebracht habe.“

„Am 27ten Juni. Patient scheint erschöpft, schwitzt stark, leidet an krampfhaften Zuckungen der Gesichtsmuskeln, Sehnenhüpfen und Zittern der untern Extremitäten. In der vergangenen Nacht hatte er fortwährend delirirt und versucht aus dem Krankensaale zu entfliehen. Zunge trocken und beim Hervorstrecken zitternd. Auf vorgelegte Fragen antwortet der Patient ziemlich vernünftig; Kopfschmerz ist nach seiner Angabe nicht vorhanden; Puls 116, sehr schwach. Verordnung: Ein Gran Opium vierstündlich, 4 Unzen Wein *pro die.*“

„Am 28ten Juni. Nach der dritten Dosis Opium war der Kranke in einen sechsstündigen Schlaf verfallen; nach dem Erwachen hatte er wiederum delirirt, war aber bald ruhig geworden. Der Tremor hat nachgelassen, der Gesichtsausdruck ist regelmässiger geworden, Haut kühl, Zunge nicht mehr zitternd, aber noch trocken und rissig; Sensorium ungetrübt. Die Dosis des Weins wird auf 16 Unzen vermehrt.“

„Am 29ten Juni. Die Symptome des *Delirium tremens* sind beseitigt, Haut kühl, Zunge feucht, Durst und Kopfschmerz sind nicht vorhanden, der Gelenkschmerz fast gänzlich verschwunden.“

nur schädlich sein. Man fand in den Leichen an diesen Herzkrankheiten Verstorbener Nichts als flüssige Exsudata ohne alle Röthe oder irgend eine andere Texturveränderung. Warum soll ich diesen Zustand nun ohne Weiteres *Entzündung*, warum ihn *Pericarditis* nennen, da dieser Name auch für die exsudative Hyperämie des Herzbeutels Geltung hat? Warum soll ich ihn „*Reizung*“ nennen, die sich anatomisch nur als *einfache Hyperämie* darstellt, gewöhnlich aber für einen niedern Grad der *Entzündung* genommen wird? Müssen nicht dadurch, dass man Einen Namen auf so verschiedenartige Zustände überträgt, die grössten praktischen Irrthümer entstehen? — Die (*idiopathische*) *akute Hyperkrinie* des Herzbeutels (von der allein hier die Rede) ist offenbar eine weit leichtere Krankheit als die *exsudative Hyperämie.* Eine nicht geringe Anzahl ferner der Fälle, die *Bouillaud* selbst aufführt, sind Beispiele wahrer Hyperkrinieen; was Wunder also, dass er so oft die Perikarditis geheilt zu haben behauptet, jene Krankheit, welche *Corvisart* mit *Louis* für fast immer tödtlich erklärt? Wenn nun aber einmal die Bezeichnung „*Perikarditis*“ der exsudativen Hyperämie des Herzbeutels allein zusteht, so wird Nichts dagegen eingewendet werden können, die Hyperkrinie des Herzbeutels mit dem Namen *Hydropericardium acutum* zu belegen, ein Krankheitszustand, den *Bouillaud*, der überall nur Entzündung sieht, als einen *seltenen* irrthümlich bezeichnet hat.

Vorläufige Erscheinungen sind ein leichter hyperkrinischer äusserer Rheumatismus, der mit dem Auftreten des Herzbeutelleidens verschwindet oder auch fortdauert.

Objective Erscheinungen. Wenn eine geringe Ergiessung in der *Pleura* dem beobachtenden Arzte ganz und gar entgehen kann, so findet das Gegentheil, wie *Piorry* zuerst bemerkt hat, in Bezug auf den *Herzbeutel* statt. Bei gesundem Herzen können Ergiessungen sogar von wenigen Unzen im Perikardium erkannt werden. Der Perkussionston des

Herzens ist in der doppelt oder dreifach grössern Ausdehnung, als gewöhnlich, dumpf; zuweilen bemerkt man eine geringe Erhabenheit an der der Herzspitze entsprechenden Stelle; die Schläge des Herzens werden entweder in ungewöhnlicher Tiefe oder gar nicht gefühlt. Die Herzgeräusche werden in einiger Entfernung von der Brustwand und nur schwach vernommen, in ihrer Beschaffenheit sind sie sonst jedoch unverändert. Der Puls unterdrückt, häufig, klein, zuweilen aussetzend, zitternd. Kein Fieber, aber Entzündungshaut.

Funktionelle Erscheinungen: Angst, die sich schon in den Gesichtszügen ausdrückt, Beklemmung, Athembeschwerde. Rückenlage oder aufrechtes Sitzen. Kein Schmerz, sondern ein Gefühl der Belastung, der Wallung in den Präkordien. Schlaflosigkeit. Ohnmachten. Kalter Schweiss.

B. Hyperämie des Perikardiums (Rheumatismus cordis der Schriftsteller).

Objective Erscheinungen fast keine. Reibungsgeräusche. Herzklopfen. Unterdrückter, häufiger, kleiner Puls. (Nicht zu verwechseln mit Erscheinungen der Irritatio spinalis).

Funktionelle Erscheinungen. Flüchtiger, lebhafter stechend-reissender Schmerz, der sich von der Herzgegend über die linke Brust verbreitet, intermittirt, aber durch tiefes Einathmen wieder hervorgerufen wird. Häufige Ohnmachten. Einen interessanten Fall theilt *Graves* mit (a. a. O. S. 553).

„Ein 19jähriges Frauenzimmer ward am 1sten September 1841, an schwachen Fiebersymptomen leidend, in das Hospital gebracht. Sie klagte hauptsächlich über Kopfschmerz und Schlaflosigkeit; der Puls war schnell, die Zunge belegt. Unter geeigneter Behandlung schien die Kranke der Besserung schnell entgegen zu gehen, als am 5ten September sich folgender Zustand einstellte:

„Das Gesicht war bleich und ängstlich, die Respiration beschleunigt, die Nasenflügel wurden bei jedem Athemzuge er-

weitert, der Puls gestern 90, war auf 50 gefallen, schwach, unregelmässig, intermittirend; Husten, Brustschmerz und Herzklopfen waren nicht vorhanden. Die Auskultation ergab starkes Reibungsgeräusch in der *Regio cordis*, welches beide Herztöne, besonders aber den ersten begleitete, und namentlich am *Apex cordis* sehr intensiv war. Gleichzeitig konnte man deutliches Katzenschnurren vernehmen. *Bruit de soufflet* war nicht hörbar, der Herzimpuls war stark, die Herztöne laut. Verordnung: Schröpfköpfe auf die Herzgegend; Calomel (5 Gran) und Opium (1 Gran) 4stündlich eine Dosis.“

„6ten Sept. Gesichtsausdruck freier als gestern, Puls 72, voll, weich, aber noch unregelmässig und intermittirend; Respiration 28, ohne Erweiterung der Nasenflügel. Das Reibungsgeräusch noch vernehmbarer, aber weniger intensiv. Perkussion normal. Herztöne sehr deutlich. Verordnung: Blasenpflaster auf die Herzgegend, Fortgebrauch des Calomel und Opium.“

„7ten Sept. Vorboten der Salivation; Puls 76, klein, weich, regelmässig, ohne Intermission; Respiration 28; Gesichtsausdruck frei, Reibungsgeräusch schwach hörbar. Calomel und Opium werden weiter gebraucht.“

„8ten Sept. Das Reibungsgeräusch völlig verschwunden. Impuls und Töne des Herzens normal; Puls 80, regelmässig, weich.“

„10ten Sept. In der vergangenen Nacht stellten sich Schmerzen in den Hüften, Schultern, den Handgelenken und Knöcheln ein, alle diese Gelenke sind jetzt sehr schmerzhaft, roth und geschwollen. Puls 80, regelmässig, weich.“

„Es ist unnöthig, den Verlauf dieses rheumatischen Uebels speziell mitzutheilen; dasselbe ward nach 10 — 12 Tagen ohne Schwierigkeiten geheilt. Während dieser ganzen Zeit ward das Herz sorgfältig auscultirt, zeigte aber nie Krankheitssymptome. Die Behandlung wurde durch grosse Dosen Opium (3stündlich 1 Gran) vollzogen, und gelang vortrefflich; das

Opium schien seine Wirkung lediglich auf die Krankheit zu beschränken und brachte während der ganzen Zeit, wo es genommen wurde, weder Contraction der Pupille, noch Kopfschmerz oder Darmverstopfung zuwege.“

Oft leitet dieses Leiden ein die

C. exsudative Hyperämie des Perikardiums (pericarditis vera).

Vorläufige Erscheinungen: ein hyperkrinischer oder seltener ein hyperämischer äusserer Rheumatismus, der zuweilen mit dem Herzbeutelleiden fortbesteht oder mit seinem Eintritt verschwindet. In dem letztern Falle stellt sich dann Frost vorher ein.

Objektive Erscheinungen. Sie sind verschieden nach der Menge und Beschaffenheit der Ergüsse und der Hyperämie selbst. Wenn jene flüssiger sind, so bemerkt man ausser den Erscheinungen der Hyperämie auch die Erscheinungen der Hyperkrinie. Ist aber der Erguss gering und dick, so treten zu jenen nachfolgende Symptome hinzu. Der *Stoss des Herzens* ist *stark* und *anhaltend*, so dass es die entsprechende *Brustwand in die Höhe hebt*, dabei häufiger und schwirrender. Der Puls ist stark, hart, regelmässig, häufiger, voller und wird durch wiederholte Aderlässe bloss weicher. Man hört jene von *Bouillaud* so genannten *Raspel-* und *Sägegeräusche*, das *Neuledergeräusch*. Der Perkussionston dumpf. (Heftiges Fieber, eine continua remittens, Entzündungshaut auf dem aus der Ader gelassenen Blute).

Erscheinungen der gestörten Funktion (subjective). Ein heftiger, stechender, fixer Schmerz in der Gegend des Herzens, der in Zwischenräumen von da zur Schulter, dem linken Ellenbogen nach dem Epigastrium sich reissend verbreitet, durch einen Druck auf das Epigastrium nach Oben und zur linken Seite hin gesteigert wird, der Abends und beim Athemholen heftiger wird. Der Kranke zeigt schon in seinem Gesichte seine höchste Angst, er kann nicht auf der linken Seite liegen

noch ohne Schmerz seine Rückenlage ändern. Ohnmachten und Erstickungsangst. Folgeerscheinungen sind gewöhnlich Kopfschmerz; wo aber Delirien auftreten leidet die Arachnoidea mit. Ferner heftiger Durst, Stuhlverstopfung. — In allen Fällen, wo man nach dem Tode die sogenannte netzförmige falsche Haut in der Leiche fand, hatte man im Leben die heftigsten Erscheinungen beobachtet.

Complicationen mit Pneumonieen, Hirn-Herzleiden, gastrischen Affectionen. Vgl. die im Anhange II. aufgeführten Fälle.

Diagnose der drei Zustände des Herzbeutels

ergibt sich leicht aus dem Vorigen.

Ausgänge

a) *der Hyperkrinie*: 1) in vollständige Genesung. Es bleibt aber nicht selten durch Aufsaugung des flüssigern Theiles des hyperkrinischen Exsudates eine Verwachsung besonders an der hintern Fläche ohne unmittelbare Beeinträchtigung der Gesundheit. Ihr verdanken vielleicht jene totalen Verwachsungen, welche man oft ohne alle vorherigen Erscheinungen im Leben in der Leiche findet, ihren Ursprung und nicht einer Perikarditis, die in solcher Ausdehnung gewiss unmittelbar den Tod herbeigeführt haben würde. 2) Nicht selten kann die Hyperkrinie in grösserem Grade noch längere Zeit von dem Kranken ohne allzugrosse Beschwerde als Hydropericardium ertragen werden. 3) Kann sie tödtlich werden durch plötzliche Hemmung der Thätigkeit des Herzens und der Blutcirkulation.

b) *der einfachen Hyperämie:* 1) in vollständige Genesung binnen einigen Tagen, 2) auf andere seröse Häute, 3) in exsudative Hyperämie.

c) *der exsudativen Hyperämie*: 1) in *Genesung* bei nicht zu grosser Ausdehnung; 2) in theilweise Genesung durch Hinterlassen von Verwachsungen; 3) in den Tod durch mecha-

nische Behinderung des Kreislaufes und des Athmens, Erweichung der Herzsubstanz durch Erschöpfung in Folge des Schmerzes, durch Mitleiden der Nervencentra.

Anmerkung. Man ist leicht zu dem Missverständnisse geneigt, als ob Verwachsungen des Herzens unmittelbar störend auf das Athmen und den Kreislauf wirken. Wäre dies der Fall so müssten totale Verwachsungen die meisten Störungen hervorrufen; dies wird durch die Beobachtung durchaus nicht bestätigt. Die ihnen folgenden Leiden beziehen sich im Allgemeinen auf eine Störung in der Ernährung des Herzens. Sie sind: 1) eine allgemeine Erweiterung mit Hypertrophie, die vorzüglich in den Ventrikeln ihren Sitz hat; 2) eine Erweichung der Muskelsubstanz, bald mit Entfärbung bald mit dunkeler Farbe. 3) Endlich nach *Hope* und *Beau* die Lageveränderung des Herzens. — „Die Erweiterung mit Vergrösserung ist nach *Aran* (Arch. génér.) eine der unmittelbarsten Folgen der allgemeinen und nicht zelligen Verwachsungen des Herzbeutels. In einer Berechnung welche *Beau* angestellt hat, hat er gefunden, dass diese Störung der Ernährung in fünf unter sechs Fällen angezeigt gewesen ist, und noch ist es erlaubt zu fragen, ob in dem sechsten Falle die Dicke der Wände und die Weite der Höhlen mit grosser Sorgfalt gemessen worden ist.“ Was *Aran* betrifft, so hat er in allen jenen Fällen, wo er allgemeine und nicht zellige Verwachsungen vorfand, immer Erweiterung mit Vergrösserung des Herzens beobachtet. — „Die Verminderung der Cohäsion der Muskelsubstanz entsteht nicht nur durch die Gefässzunahme und der Beschleunigung des Kreislaufes, welche in der Substanz der Herzwände sich bildet, sondern auch durch den von der exsudativen Hyperämie der Hülle auf das unter liegende Muskelgewebe geübten Einfluss, dessen Contractilität und Federkraft sie beeinträchtigt, — eine Thatsache welche schon *Chopart* angibt. Was die Farbenveränderung betrifft so ist sie gewöhnlich eine bleiche, wenn nicht das Individuum asphyk-

tisch gestorben ist, wo dann die Muskelsubstanz mit Blut angefüllt ist. — Die Lageveränderung ist die am wenigsten beständige von allen Störungen, welche von Verwachsungen abhängen. Es geschieht dies dadurch dass das Herz noch vor der Entwicklung der Erweiterung und Vergrösserung von Adhärenzen ergriffen wurde. *Beau* glaubt, dass dieses Organ am häufigsten in einer senkrechten Stellung zum Zwerchfelle sich befindet, eine Stellung, welche jener entgegen ist, die man in dem Falle von Erweiterung mit allgemeiner Hypertrophie beobachtet, wo sich das Herz der horizontalen Lage sehr nähert.“ *Aran* hält sie nicht für häufig. — Die begleitenden Erscheinungen haben nichts Charakteristisches, sie sind von den leichtesten Palpitationen bis zu den heftigsten Erscheinungen einer entwickelten Hypertrophie. Die Bildung von Adhärenzen im Verlauf einer Perikarditis erkennt man an den drei folgenden Umständen: 1) das Aufhören des Reibungsgeräusches, 2) die fehlende Zunahme des matten Tones (was den Gedanken einer neuen Ergiessung ausschliesst) und endlich 3) die heftigen und springenden Schläge des Herzens, bald einfach, bald doppelt, die von dem Hindernisse herrühren, welches das Herz bei der Ausführung seiner Bewegungen findet. Nach *Aran* reicht das einfache Aufhören des Reibungsgeräusches nicht hin, Verwachsungen erkennen zu lassen, selbst wenn der dumpfe Ton sich nicht ausgebreitet hat. Es gehört noch dazu, dass das Reibungsgeräusch plötzlich aufgehört hat, d. h. in vier und zwanzig oder sechs und dreissig Stunden zur Zeit, wo es den höchsten Grad der Intensität erreicht hatte. *Aran* glaubt nun, dass wenn ausser diesen Erscheinungen, noch das erste dumpfe Geräusch etwas verlängert und der Zeitraum der Ruhe ebenfalls etwas verlängert ist, man auf die Anwesenheit einer Verwachsung schliessen dürfe. —

Es war wichtig, hier etwas weitläufiger zu sein, weil die Verwachsungen des Herzens als Anlagen zum abermaligen Ergriffenwerden gelten.

4. Rheumatismus der Synovialhäute und des Endokardiums.

Wir kennen bloss die Symptome der *exsudativen Hyperämie* des Endokardiums, welche aber seltener allein, sondern am häufigsten mit einem Leiden des Herzbeutels zugleich auftritt.

Vorläufige Erscheinungen sind dieselben, wie bei der Perikarditis.

Objective Erscheinungen: Der Puls ist klein und schwach, dagegen die Herzthätigkeit heftig. Der eine Herzton ist stärker, als der andere. Blasebalggeräusch, welches zugleich mit der Systole nicht bloss an der Spitze, sondern über die ganze Oberfläche des linken Ventrikels bis zur Lungenarterie gehört wird; zuweilen geht dem Blasebalggeräusch bei der Systole des linken Ventrikels ein gewisser rauher Ton vorher. Der dumpfe Perkussionston, den *Bouillaud* aufführt, ist nicht beständig. (Fieber, Blutkruste).

Subjektive Erscheinungen: Niemals, sagt *Skoda* [1]), fehlte in fünf unter sechs Fällen ein dumpfer, drückender oder zusammenziehender Schmerz in der Herzgrube. Es irrt also *Bouillaud* mit seiner Behauptung, dass in der *Endokarditis* kein Schmerz sei, wenn nicht zugleich Herzbeutel oder Brustfell mitleiden. Wir haben Leichengeschichten von Fällen mitgetheilt, bei denen der Schmerz im Leben sehr heftig gewesen, und sich nach dem Tode die alleinigen Residuen der Endokarditis fanden. Ob jener Schmerz wie bei Perikarditis durch Druck zu steigern ist, weiss ich nicht. Ferner höchste Angst, Rückenlage, Ohnmachten, drohende Erstickung. — Kopfschmerz.

Complicationen: 1) mit Hypertrophie und Verengerung des Herzens selbst; 2) mit Leiden der grössern Arterien, der Pleura, der Lungen. Andere Systeme mögen nur seltener mitergriffen sein.

---

1) Oesterr. Jahrbücher.

Verlauf verschieden.

Ausgänge: 1) in vollständige Genesung. Es bleibt aber zuweilen längere Zeit hindurch ein gewisses Blasebalggeräusch, dessen Ursache man nicht kennt. — Durch Verdickungen der Klappen und der Ventrikel selbst, besonders des linken, entstehen Verengerungen des Herzens und dadurch chronische Leiden.

Dass aber durch solche Vorgänge die Klappen sich verkleinern und einschrumpfen sollen, scheint mir nicht der Natur der Sache gemäss. Nur so ist's denkbar, dass die Klappen verschrumpfen, wenn sie in Folge einer gleichzeitigen, durch perikarditische Verwachsung entstandenen Erweiterung theilweise gleichsam unthätig oder relativ unzureichend geworden sind; 2) zum Tode, wo man denn *rauhe, warzenartige falsche Häute* findet.

5. Rheumatismus der Synovialhäute und des Zwerchfelles.

Von dieser Krankheitsform finden wir noch ausser den *Verwachsungen* die *exsudative Hyperämie*, aber niemals allein, sondern immer von dem gleichen Zustande der Pleura oder des Perikardiums begleitet. Eigenthümliche Symptome (das *Schluchzen*, welches die Schriftsteller als bezeichnend für Zwerchfellleiden anführen, fehlt oft und beweisst Nichts) sind nicht vorhanden. Wo man aber zugleich eine exsudative Hyperämie der *Pleura* und des *Perikardiums* findet, da darf man auch auf die Anwesenheit eines gleichen Leidens des Zwerchfelles schliessen.

Ein Fall von Pleuritis diaphragmatica findet sich bei *Graves* a. a. O.

„Ein 8jähriges Mädchen, anscheinend an einer leichten rheumatischen Affection leidend, ward in das Meath-Hospital gebracht und genass schnell unter geeigneter Behandlung. Sie befand sich schon wohl genug, um entlassen werden zu können, als sie eines Morgens durch einen Deliranten in heftigen Schrecken versetzt wurde. Drei Stunden später fand ich die

Patientin im Bette aufrecht sitzend, mühsam und schnell athmend; alle Respirationsmuskeln arbeiteten angestrengt, die Nasenflügel wurden bei jeder Inspiration stark erweitert, das Gesicht war blass, aufgedunsen, ängstlich, die Farbe der Lippen blau, der Puls 120, schwach und klein. Hin und wieder liess sich ein trockener, abgebrochener Husten vernehmen. Die Kranke klagte nicht über bestimmt ausgesprochenen Schmerz in irgend einem Körpertheile, sondern über allgemeine Unbehaglichkeit. Die Brust war gegen Berührung nicht empfindlich; legte man die Hand auf die *Regio cardiaca*, so konnte man Katzenschnurren unterscheiden, bei der Auskultation hörte man die Herztöne vollkommen deutlich und ohne Nebengeräusch. An dem untern und hintern Theile der rechten Lunge war Mangel des Respirationsgeräusches und matter Perkussionston, an allen übrigen Stellen resonirte die Brust normal. Spuren einer Unterleibskrankheit konnten nicht aufgefunden werden."

„Abends wurde die Kranke nochmals besucht und in folgendem Zustande gefunden: Sie wechselte alle Augenblicke die Lage, weil ihr jede gleich unbehaglich war, die Respiration war 80, der Puls nicht recht zu fühlen, die Füsse kalt, das Gesicht mit kaltem Schweisse bedeckt, in hohem Grade gedunsen, der Gesichtsausdruck ausserordentlich leidend; der Husten trocken, kurz, abgebrochen wie am Morgen. Ueber Brustschmerzen klagte die Kranke nicht, die Rippenränder konnten, ohne Schmerz zu verursachen, gedrückt werden, Druck auf die rechte Seite verschaffte der Patientin sogar Erleichterung, so dass sie begehrte, man möge diese Manipulation wiederholen. Das Katzenschnurren war noch wahrzunehmen, die Herzaction war stark trotz dem, dass der Radialpuls nicht mehr gefühlt werden konnte. Der matte Ton dauerte an der bezeichneten Stelle noch fort, eben daselbst hörte man jetzt Reibungsgeräusch. Gerade oberhalb dieser Stelle that äusserer Druck der Kranken wohl. Gegen 3 Uhr Morgens starb die Kranke."

„Section. Stellte man am Leichnam die Percussion an, so ergab die linke Seite einen durchaus normalen, die rechte Seite, die während des Lebens nur am untern Theile dumpf resonirt hatte, in ihrer ganzen Ausdehnung einen matten Ton. Als der Thorax geöffnet wurde, flossen etwa 2 Quart einer strohfarbenen Flüssigkeit aus dem rechten Pleurasack. Beide Pleuren waren mit frischem Lymphexsudat überdeckt und durch Adhäsionen verbunden, welche leicht zerreissbar, also augenscheinlich noch frisch waren. Die nach der Brusthöhle gewendete Oberfläche des Zwerchfells war dick, mit Lymphe überdeckt und mit dem daran stossenden Theil der rechten Lunge verwachsen; jedoch konnte die Verwachsung leicht gelöst werden. Der untere Theil der rechten Lunge war solidificirt, ohne Zweifel ein Ergebniss eines früheren pneumonischen Anfalls; linkerseits war die Lunge gesund und am untern Theile mit der Zwerchfellpleura, die auch hier mit Lymphe überdeckt war, verwachsen. Die äussere Fläche des Herzbeutels war ohne Lymphüberzug, da aber dieses Organ mit der entzündeten Membran des Zwerchfells in naher Berührung liegt, und die Contractionen des Diaphragma mit grosser Kraft erfolgen mussten, so lässt sich aus diesem Umstande das in der *Regio cardiaca* gehörte Schnurren erklären. Das Perikardium enthielt keine Flüssigkeit, das Herz und seine Klappen waren, wie alle Bauchorgane, im Zustande vollkommener Gesundheit. Die Abdominalfläche des Zwerchfells zeigte keine Spuren von Entzündung.“

6. Rheumatismus der Synovialhäute und der serösen Häute des Bauchs.

A. Hyperkrinie des Bauchfelles (hydrops ascites rheumaticus bei *M. Stoll*).

Selten tritt sie so sehr heftig auf, dass es möglich würde viele Sektionsresultate zu haben, wie der von *Morgagni* im Anhange angeführte Fall bietet.

Vorläufige Erscheinungen sind die Erscheinungen eines hyperkrinischen äussern Rheumatismus besonders der untern Gliedmaassen, nach deren Verschwinden das Leiden der Bauchhaut sich offenbart.

Objektive Erscheinungen: Eine elastische Geschwulst, beim Aufrechtstehen des Kranken besonders des Mittel- und Unterbauches, die sich in ihrer Ausdehnung nach der grössern oder geringern Menge des Ergusses richtet, wenn nicht die Därme von Winden aufgeblähet sind. Die Perkussion der Mittel- und Unterbauchgegend gibt einen dumpfen Ton, der natürlich mit einer Lageveränderung des Kranken einigermaassen wandert. Fluktuation beim Stehen des Kranken besonders deutlich. Rosenartige Röthe der Hautdecken bisweilen.

Subjektive Erscheinungen: Kein Schmerz, nur ein Gefühl von Druck und lästiger Spannung. Ist aber die Menge der ergossenen Flüssigkeit besonders gross und plötzlich entstanden, so fehlen auch nicht die Erscheinungen des Druckes auf die Bauch- und Brusteingeweide, ja sogar die Erscheinungen der Blutüberfüllung des Gehirns; ferner Stuhlverstopfung, Mangel an Esslust, Ekel, Brechneigung und Brechen, Athembeklemmung, Angst, Kopfschmerz, Schwindel.

Sekundäre Erscheinungen: Starkes Fieber, Blutkruste, allgemeine Wärme, der Puls, anders wie in der *exsudativen Hyperämie des Peritonäum*, ist voll und hart. Der Urin spärlich, röthlich-trüb. Alle diese Erscheinungen pflegen bei sehr geringer Ergiessung zu fehlen oder sich nach der individuellen Renitenzkraft des Patienten zu richten.

Complicationen: 1) mit Krankheiten der Lunge und der Pleura, des Herzens und des Herzbeutels, des Hirns und seiner Häute; 2) mit Krankheiten der Haut; 3) mit Leiden der Bauchorgane (Hydrocele); 4) mit dem Puerperalcharakter.

Ausgänge: 1) in vollständige Genesung, zuweilen durch Schweiss- und Urinkrise. Es bleiben aber leicht Verwachsungen durch Aufsaugung des flüssigern Theiles; 2) in den

chronischen Zustand; 3) in den Tod auf der Höhe der Ergiessung; selten.

Verlauf ist von wenigen Tagen bis zu mehren Monaten; in dem letztern Falle wird sie gewöhnlich Ascites chronicus genannt.

B. Hyperämie.

a) des serösen Ueberzuges der Bauchwand. (Peritonalgia rheumatica der Schriftsteller).

Man vergleiche, was in Betreff der *Hyperämie der Rippenpleura* gesagt worden, und den dort angeführten ausgezeichneten Fall von *A. Stoerck.*

Vorläufige Erscheinungen sind zumeist die Symptome der *Hyperämie der Rippenpleura* oder der *Synovialhäute* besonders der *untern Gliedmaassen.*

Die Krankheitserscheinungen im Allgemeinen (sie sind von *Requin* im Ch. V. seines Buches trefflich beschrieben worden) sind die durchaus *negativen* der *Hyperkrinie* oder der *exsudativen Hyperämie.* Dass aber die Krankheit keine sogenannte *nervöse* sei, zeigt ausser der anatomischen Beschaffenheit des ergriffenen Gewebes, dessen Nerven noch nicht unzweifelhaft dargestellt sind, noch schlagender der angeführte Fall von *A. Stoerck*, wo sich die Krankheit nachdem sie das Auge ergriffen hatte, als eine *blutige Unterlaufung* (suffusio sanguinea) der Bindehaut darstellte.

Objektive Erscheinungen des ergriffenen Theiles sind unbekannt.

Subjektive Erscheinungen: Ein ziehender, flüchtiger Schmerz über die ganze Bauchwand, der sich oft bis zu den Lenden und Hoden erstreckt, durch Druck oft gesteigert wird; der aber auch zuweilen so heftig ist, dass die Berührung der Bettdecken nicht ertragen, dass die Knie an den Bauch gezogen werden und der Kranke oft, besonders wenn die Hodenhaut leidet, in Ohnmacht und Schwäche fällt.

Ausgänge: 1) Gewöhnlich in vollständige Genesung; zumeist durch Schweiss; 2) in exsudative Hyperämie besonders bei Wöchnerinnen, worin *Genest* und *Requin* einstimmen, — auf andere seröse und synoviale Häute.

Verlauf von einigen Stunden bis zu wenigen Tagen.

b) des serösen Ueberzuges der Eingeweide. (Inflammationes erysipelatosae bei Pet. Frank. Orrhymenitides der Neuern).

Den Leiden der serösen Ueberzüge der verschiedenen Baucheingeweide ist dies gemeinsam, dass die formellen Erscheinungen nicht zur Beobachtung kommen. Da sie meist mehr oder weniger vereinigt erscheinen, so können wir bei ihrer Auseinandersetzung kurz sein.

α) *Hyperämie des serösen Ueberzuges der Leber* (Rheumatismus hepatis). Bald fixer, bald flüchtiger Schmerz im *rechten Hypochondrium.* Kein Fieber. Zuweilen Schwere im rechten Hypochondrium.

β) *Hyperämie des serösen Ueberzuges des Magens und der Milz.* Aehnlicher Schmerz im *Epigastrium* und im linken Hypochondrium. Uebelkeit, Brechneigung. Kein Fieber.

Einen höchst interessanten Fall *Andral's* müssen wir hier mittheilen (Andral. clin. méd. Tom. IV. Beobachtung 3).

„*Rheumatisches Leiden im Anfange; nach einigen Tagen plötzliches Verschwinden der Gelenkschmerzen, an deren Stelle ein lebhafter Schmerz im Epigastrium erscheint. Fortdauer dieses Schmerzes und eines anhaltenden Fiebers vierzig Tage hindurch. Erbrechen nur in den letzten Tagen; Delirium gegen das Ende hin. Die Zunge zunächst weiss, dann roth und trocken, und später Diphtheritis. Röthe und Erweichung der Schleimhaut des Magens.*“

„Eine fünf und fünfzigjährige Frau, von ziemlich starker Constitution und mit schlechter Verdauung behaftet, fand sich indess wohl, als sie plötzlich die Nachricht erhielt, dass einer ihrer Söhne in einer Strasse von Paris erdrückt worden sei.

Sie bezähmt ihren Schmerz, fliegt zu seiner Hülfe und schien den Tag hindurch nicht krank zu sein. Aber in der Nacht schläft sie nicht und am folgenden Morgen wird sie von einem Frostschauer ergriffen, auf welchen eine starke Hitze folgt. Diese dauert den ganzen Tag hindurch und am Abende schwellen mehrere Gelenke an und werden schmerzhaft. Drei oder vier Tage gehen auf diese Weise hin, in denen sie alle Erscheinungen eines hitzigen Gelenkrheumatismus mit Fieber zeigt. Nach Verlauf dieser Zeit und ohne dass irgend ein aktives Heilverfahren angewendet worden wäre, hören die Gelenke mit Einem Male auf geschwollen und schmerzhaft zu sein; zu gleicher Zeit aber empfindet sie einen lebhaften reissenden Schmerz in der Magengrube, gegen welchen Blutegel auf das Epigastrium gelegt werden. Der Schmerz wird geringer aber verschwindet nicht; während der fünf oder sechs folgenden Tage bleibt die Kranke im Bette und klagt beständig über den Magen, dann tritt sie in das l'hôpital de la Pitié im Anfange des Monates Februar 1832. Sie hatte damals schon den zwölften Tag der Krankheit erreicht. Sie hatte heftiges Fieber, klagte über Schmerz im Epigastrium, welcher durch Druck zunahm; sie wurde von einem lebhaften Durste gequält, die Appetitlosigkeit war vollständig. Sie litt weder an Erbrechen noch Uebelkeit, und kaum war sie ein oder zwei Male seit zwölf Tagen auf dem Stuhle gewesen. Die Zunge, mit einem dicken weissen Ueberzuge bedeckt, war zugleich an ihrer Spitze und den Rändern lebhaft roth punktirt."

„Es schien uns, dass der Ausgangspunkt des Fiebers und der übrigen Symptome der Magen sei. Wir liessen dreissig Blutegel auf das Epigastrium legen; ihre Stiche gaben viel Blut. Am folgenden Tage jedoch war noch keine Besserung vorhanden. Der Puls gab wenigstens 120 Schläge in der Minute, die Haut war brennend heiss und der epigastrische Schmerz dauerte fort. (Schleimiges Getränk, Diät. weichendes Klystir)."

„Während den zwölf folgenden Tagen blieb der Zustand der Kranken derselbe. Nach dieser Zeit nahm sie etwas Kraftbrühe und einige gekochte Pflaumen. Am folgenden Tage, nach dem man ihr diese leichten Speisen gegeben, hatten wir keinen Grund uns zu beglückwünschen, dass wir dem dringenden Verlangen der Kranken nach Speise, welches nicht von wirklichem Hunger, sondern von dem Glauben herrührte, Nahrungsmittel würden der jeden Tag zunehmenden Schwäche entgegenwirken, nachgegeben hatten. Die Zunge, welche bis dahin weiss und feucht geblieben war, hatte den sie bedeckenden Ueberzug verloren, sie war roth und glatt, der Durst war ebenfalls lebhafter als an den vorhergehenden Tagen, und der epigastrische Schmerz war wieder heftiger geworden. Die Kranke war so schwach, dass wir anfangs Anstand nahmen auf eine neue Blutentleerung zurückzukommen. Wir versuchten sie indess und zwölf Blutegel wurden auf das Epigastrium gelegt.“

„Es schien uns, als ob der Erfolg dieser Anwendung weder gut noch schlimm gewesen sei. Wir fanden am folgenden Tage die Zunge ebenso roth und ebenso trocken. Die Frequenz des Pulses war immer dieselbe. In den drei oder vier folgenden Tagen wurde nichts Neues beobachtet; nach dieser Zeit tritt eine andere Erscheinung ein. Die Kranke beginnt ihre Getränke mit einer kleinen Menge gelblicher Galle untermischt auszubrechen; dann bedecken sich die Zunge und die ganze innere Fläche des Mundes mit weissen Häutchen, die sich auf die innere Oberfläche der Wangen als breite Pseudomembranen erstrecken, zwischen welchen man die rothe und blutende Schleimhaut sieht. Dieser diphteritische Ausschlag fällt mit einem immer grössern Sinken der Kräfte zusammen; die Gesichtszüge werden verzerrt; der Puls bleibt immer frequent; einiges Erbrechen hat noch von Zeit zu Zeit statt; ein vages Delirium kommt hinzu; der Tod tritt ungefähr acht und vierzig Stunden nach der Zeit ein, wo das Bewusst-

sein sich zu trüben angefangen hatte. Bis zum letzten Augenblicke waren die Stuhlgänge sehr selten.“

„*Leichenöffnung.* Normaler Zustand des Schlundes und der Speiseröhre; lebhafte Röthe und Erweichung der Schleimhaut des Magens auf ihren beiden Flächen und gegen den grossen Blindsack hin. Grauliche, warzenartige Beschaffenheit dieser Haut am Pylorus, Schieferfarbe des Duodenums, die von einer schwärzlichen Färbung seiner Zotten herrührt. Dieselbe Farbe findet man im obern Drittel des Jejunum's wieder; tiefer zeigt weder der Dünn- noch der Dickdarm irgend etwas Auffallendes.“

Nachtrag. Bei einer flüchtigen Betrachtung möchte dieser Fall *Andral's* als ein solcher erscheinen, der wirklich die alte Behauptung bestätigte, als sei der Rheumatismus eine specifike Krankheit die sich von den Synovialhäuten auf jedes beliebige Gewebe übertragen könne. Denn z. B. hier war zunächst ein Leiden der Synovialhäute und in der Leiche fand man ein tiefes Ergriffensein der Magenschleimhaut. Wo ist nun das Bindeglied zwischen der Affektion der Synovial- und Schleimhaut? Ist es das ens incognitum, welches man Rheuma genannt und das hier metastatisch sich von den Gelenken zur Magenschleimhaut begab? Gewiss wird man das zu Erklärende nicht mit solchem Bombast umschreiben wollen. Es bleiben nur zwei Möglichkeiten: 1) das Leiden der Magenschleimhaut trat in *unmittelbarer* oder 2) in *mittelbarer* Succession des Synovialübels auf. In dem erstern Falle würde diese Beobachtung in solcher Weise einzig sein. Denn nirgendwo ist meines Wissens Ein Beispiel aufgeführt, wo eine innere Schleimhaut nach einem Synovialleiden unmittelbar ergriffen wurde, obgleich die Schriftsteller Fälle genug anführen, wo nach einem Schleimhautleiden etwa der Urethra eine Synovialaffektion aufgetreten sein soll. Dieser einzige Fall würde die ganze Histologie vernichten und das seröse System wäre dem mukösen gegenüber kein geschlossenes Ganze mehr; freilich könnte man sich die Erklärung verschaffen, dass gerade auf die Magen-

schleimhaut eine solche Ursache eingewirkt, wie Gallenstörung in Folge eines heftigen Gemüthsaffektes, dass sie der vikarirende Hauptsitz des Gesammtleidens werden musste, wozu noch das vorgerücktere Lebensalter der Patientin kommt, in welchem die serösen Häute schon seltener ergriffen werden. Aber dieser hypothetischen Erklärungsweise bedarf es nicht ein Mal. Hält man diesen Fall mit den 32 gegebenen zusammen, so erscheint das Schleimhautleiden nur in *mittelbarer* Folge oder als *Complication*. — Der Schmerz, der zunächst in der Magengrube auftrat, war der reissende Schmerz eines Leidens des serösen Ueberzuges, der sekundäre Affektion der Schleimhaut zur Folge hatte, wie ein Leiden der Pleura eine Pneumonie, ein Leiden des Perikardiums, Kongestion des Herzens — oder das Leiden der Schleimhaut bestand schon gleichzeitig mit dem Leiden des serösen Ueberzuges und dauerte fort, während dieses durch die örtliche Application von Blutegeln beseitigt wurde. Diese Erklärung geht ganz zwanglos aus einer Betrachtung der Symptome hervor und der Leser mag entscheiden, ob sie richtig ist. Jedenfalls glaubten wir diese Krankheitsgeschichte ausführlich mittheilen zu müssen, damit es nicht scheine, wir hätten Thatsachen, die in unsere Auffassung nicht eingehen möchten, um dieser willen verschwiegen. Selbst Alles zugegeben, kann doch wahrlich nicht die Erweichung der Magenschleimhaut, die Diphteritis, als selbsständiges *rheumatisches* Leiden erscheinen; sie kann für dieses nur eine zufällige Complication sein!

γ) ***Hyperämie des serösen Darmüberzuges***. Heftige, bauchgrimmenähnliche Schmerzen, die aber schnell vorübergehen, besonders in der Nabelgegend. *Complication:* Ruhrartiger Durchfall bei *Stoll*.

Fall bei *Chomel* S. 250—65 der Uebersetzung:

„Acuter Gelenkrheumatismus. Unbekannte Ursachen. Keine erbliche Anlage. Erster Anfall im 36sten Jahre. Dysenterie; blutiges Erbrechen; Aufhören des Rheumatismus. Nach einigen

Tagen verschwinden die Gastrointestinalzufälle und der Rheumatismus kehrt wieder, und so dreimal. Vollständige Heilung nach ungefähr einem Monate.“

„Am 3ten Juli 1834 wurde im Saale Ste Madelaine der Klinik des *Hôtel-Dieu* Jean Baptiste Chabanais, 36 Jahre alt, Kärrner, aufgenommen. Er hatte eine ziemlich starke Constitution und genoss einer ziemlich guten Gesundheit. Vor 4 Jahren litt er an einem Rheumatismus der Brustmuskeln, von dem er erst nach ½ Jahre genass; seine Eltern litten nicht an Rheumatismus.“

„Vor 8 Tagen spürte er ein allgemeines Unwohlsein, so dass er sich zu Bett legen musste. Ein Aderlass verschaffte ihm ansehnliche Erleichterung, aber der früher allgemeine Schmerz wurde örtlich und zog sich, so zu sagen, in dem linken Gelenke der Tibia und des Astragalus zusammen und ergriff vorzüglich den *Malleolus internus*. Nach 2 Tagen wurde das rechte Knie befallen und so schmerzhaft, dass der Kranke den Unterschenkel durchaus nicht bewegen konnte. An demselben Abende wurde auch die linke Schulter sehr schmerzhaft; die afficirten Theile waren nur wenig geröthet und angeschwollen. Er liess sich nun zu Wagen in das Hospital bringen, stieg aber die Treppe hinauf, indem er sich mit der einen Hand auf einen Gefährten mit der andern auf einen Stock stützte.“

„Am 4ten Juli war der Zustand des Kranken folgender: Er lag auf dem Rücken, sein Gesicht war ruhig; er klagte über ziemlich lebhafte Schmerzen im rechten Knie, welches unbeweglich war, denn die geringste Bewegung steigerte den Schmerz auf eine unerträgliche Art. Es war etwas geröthet, heiss und angeschwollen; die Patella liegt nicht auf den Condylis des Schenkelbeins; im Innern der Gelenkhöhle befindet sich ganz deutlich eine Ansammlung von Flüssigkeit, welche diesen Knochen aus der Lage treibt. Die Schmerzen, die früher in der rechten Schulter und dem *Malleolus internus*

des linken Flusses sassen, hallen nur noch wenig nach und die Bewegungen dieser Theile gehen ziemlich leicht von Statten. Kein Fieber, wenig Appetit, ziemlich starker Durst; kein Kopfschmerz. (Verordnung: 8 Blutegel an das Knie und 6 auf den *Malleolus internus*).“

„5ten Juli. Erleichterung, Verminderung des Schmerzes in den Knieen nnd Füssen; die Schulter ist nur noch etwas steif. (Verordnung: Bad; Kataplasma; 3 Suppen; 2 Fleischbrühen).“

„7. — Zunahme der Schmerzen im Knie ohne Röthe und Hitze. Steifheit in den vorher ergriffenen Theilen; kein Fieber. (Verordnung: 15 Blutegel auf das schmerzhafte Knie; übrigens wie oben).“

„8. — Die Schmerzen im Knie sind fast verschwunden; gestern um 6 Uhr Abends hatte der Kranke sehr heftige Kolik, die mehrmals nachliess und wieder stärker wurde; er hat in der Nacht wenig geschlafen; 4 Stühle mit etwas Blut vermischt; Tenesmus. Heute Morgen bei der Visite heftige Kolik im ganzen Bauche. (Verordnung: Reiswasser mit Gummisyrup; ½ Klystir aus *Decoct. sem. lini* und *capit. papav.*; *Potio gummosa* mit *extract. opii gr.* 1 Diät).“

„9. — Vier oder fünf sanguinolente Stühle; 3—4 mal ziemlich reichliches Erbrechen von sanguinolentem, mit Galle vermischtem Schleim; ziemlich rothe Zunge; starker Durst; Schmerzen im Epigastrium; sehr grosse Sensibilität des Unterleibs; Tenesmus; keine Gliederschmerzen; (Verordnung: Senfteige auf die Füsse und Kniee; Kataplasmen von Leinsamenabkochung auf den Bauch; 2 halbe Leinsamenklystire; 20 Blutegel an den After.)“

„10. — Das Erbrechen war eben so stark und von derselben Beschaffenheit; eine einzige sanguinolente Darmausleerung; Tenesmus, aber nicht so häufig als Tags zuvor; Anorexie; starker Durst; Fortdauer des Schmerzes im Epigastrium und der Empfindlichkeit des Unterleibs. Der Puls

ist etwas frequent (80); die Hitze ziemlich stark, die Haut trocken, die Gelenke vollkommen frei. (Verordnung: 15 Blutegel in's Epigastrium; Umschläge mit Senfmehl auf das linke Knie und den rechten Fuss; erweichendes Kataplasma auf den Bauch; 2 halbe Klystire.)"

„11. — Das Erbrechen hat aufgehört; 2 halbflüssige Stühle mit röthlichem Schleim; keine Schmerzen mehr im Epigastrium und Unterleibe, kein Fieber, keine rheumatischen Schmerzen. (Verordnung: wie oben, mit Ausnahme der Blutegel)."

„12. — Vier blutige Stühle, in denen sich noch sanguinolente Massen fanden; kein Erbrechen; nirgends Schmerz. (Verordnung wie oben)."

„13. — Einmal Erbrechen, das noch etwas sanguinolente Stoffe entfernte; kein Stuhlgang; Kolikschmerzen; heisse Haut; etwas frequenter Puls; keine Gelenkschmerzen. (Verordnung: Senfumschläge auf die früher afficirten Gelenke; *Solutio syrup. gumm. arab.*; 2 halbe Klystire)."

„14. — Der Kranke hat einmal Erbrechen und einmal Stuhlgang mit etwas blutigem Schleime gehabt. (Verordnung wie oben)."

„15 und 16ten Juli. Dieselben Symptome und dieselbe Verordnung."

„18. — Der Rheumatismus ist im linken Knie wieder erschienen; die Patella ist emporgehoben und man kann sie durch einen Druck, der übrigens schmerzhaft ist, gegen die *Condyli femoris* schlagen; das Knie ist kugelförmig. Weder Stuhlgang, noch Erbrechen. Der Wiederhall der linken *Regio iliaca*, die beim Druck etwas schmerzhaft ist, ist etwas dumpf; kein Fieber; (Verordnung: Senfumschläge; ein halbes erweichendes Klystir; 3 Fleischbrühen; 2 halbe Portionen Hühnermilch)."

„19. — Die Geschwulst des linken Kniees hat abgenommen; die Patella lässt sich kaum noch niederdrücken; fast kein Schmerz; weder Stuhlgang, noch Erbrechen; (Verord-

nung: *Decoct. rad. gramin. cum. syrup. gummi arabici;* ½ Leinsamenklystir; Kataplasmen mit Senfmehl auf die Gelenke; Bad).“

„20. — Die Unterleibsschmerzen sind wiedergekehrt; häufiger Stuhlgang (10—12 mal). Kein Erbrechen, keine Brechneigung. Der Schmerz und die Geschwulst des linken Kniees sind verschwunden; Appetitlosigkeit; starker Durst; etwas gelbliche Zunge; stinkender Athem; Hitze; nicht frequenter Puls (70); wenig Schlaf (Verordnung: Kataplasmen mit Senfmehl auf beide Kniee; ein halbes Klystir von Leinsamen- und Mohnkopfabkochung; erweichende Kataplasmen auf den Bauch; *Solutio syrup. gummi arab.*).“

„21. — Das linke Knie ist fast vollkommen schmerzlos, wenn man es bewegt; 3 etwas sanguinolente Stühle mit Kolikschmerzen im ganzen Bauche; ziemlich guter Schlaf; fötider Athem; weissbelegte Zunge; Appetit; starker Durst; kein Fieber (Verordnung: Kataplasmen mit Senfmehl auf die Füsse; *Solutio syr. gumm. arab.;* erweichende Kataplasmen auf den Bauch; 2 halbe Fleischbrühen).“

„22. — Die Abdominalschmerzen dauern fort; 3 noch immer etwas blutige Stühle; kein Schmerz in den früher vom Rheumatismus afficirten Theilen; kein Fieber (Verordnung: *Solut. syrup. gummi arab.;* gummöses Tränkchen mit ½ *gr. Extract. opii;* ½ Klystir von Leinsamenabkochung).“

„23. — Zahlreiche, fötide, blutige Stühle; 1 mal Erbrechen von sanguinolenter Materie; fötider Athem; bittrer und teigiger Geschmack. (Der Kranke hat heimlich sehr viel Speisen genossen). Allgemeines Unwohlsein, Gefühl von Abgeschlagenheit; kein Schmerz in den Gelenken. (Verordnung: gummöser Trank mit 1 *gr. Extr. opii;* Reiswasser mit Gummisyrup; erweichende Umschläge auf den Bauch; 1 halbes Leinsamenklystir mit ½ *gr. Extr. opii*).“

„24. — Der Kranke fühlt sich wohler; doch ist sein Athem noch übelriechend. Die Schmerzen im Unterleibe sind nicht

so stark, als Tags vorher; weder Brechneigung, noch Erbrechen; 2 Stühle mit etwas blutigem Schleim; starker Durst. (Verordnung: 1 Maass Reiswasser mit Gummisyrup; 2 halbe Leinsamenklystire mit 1 *gr. Extr. opii;* Kataplasmen mit Senfmehl auf die vorher afficirten Gelenke).“

„25. — Bedeutende Besserung der Unterleibsaffection und des Allgemeinbefindens. Ein nicht sanguinolenter Stuhlgang nach dem Klystire. Wenig fötider Athem; besserer Gesichtsausdruck; Rückkehr der Schmerzen in das rechte Knie. (Verordnung; Reiswasser mit Gummisyrup; gummöser Trank mit 1 *gr. extr. opii;* zwei halbe Klystire mit 1 *gr. extr. opii;* Diät).“

„26. — Der Schmerz im Knie hat aufgehört; 8 schleimige Stühle mit vielem Blut; ausserordentlich starke Unterleibsschmerzen; aufgetriebener Bauch; gebrochene Stimme; veränderte Gesichtszüge; heisse Haut; frequenter Puls. (Verordnung: Reiswasser mit *Syr. gumm. arab.;* 2 halbe Klystire von Leinsamenabkochung mit 1 *gr. Extr. opii* in jedem; erweichende Kataplasmen mit Laudanum auf den Bauch; 12 Blutegel an den After; 2 Blasenpflaster auf die Kniee; Diät).“

„27. — Zwei kaum blutige Stühle; Minderung der Unterleibsschmerzen. (Verordnung wie oben mit Ausnahme der Blutegel und des Opium zu den Klystiren),“

„28. — Zwei nicht reichliche, weiche, blutige Stühle; geringe Empfindlichkeit des Unterleibs selbst beim Druck. Fötider Athem; leichter Schmerz im linken Knie. (Verordnung wie oben).“

„29. — Kein Stuhlgang, nirgends Schmerz; weniger fötider Athem.“

„1sten August. Keine krankhaften Erscheinungen.“

„10ten August. Der Kranke erhält seit 5 Tagen halbe Portion; er befindet sich vollkommen wohl und wird entlassen.“

Die Bemerkungen, welche wir bei dem eben mitgetheilten Fall *Andrals* machten, gelten auch hier. Die blutigen Durch-

fälle waren die Erscheinungen einer sekundären Blutanschoppung der Darmgefässe. Vgl. die oben bei der Hyperämie der Pleura mitgetheilte Beobachtung *Stoerck's*.

δ) *Hyperämie des serösen Ueberzuges des Blasengrundes.* Schmerz in der Schamgegend; Urinbeschwerde (Strangurie). Ein ausgezeichneter Fall dieser Form ist bei *Latour* j. und *Leveillé* (Revue méd. 1836) und *Chomel* (S. 268—69):

„Unwohlsein, Lumbago und Gelenkrheumatismus des Fusses. Gelegenheitsursache: ein anstrengender Marsch. Rheumatismus der Harnblase? Heilung."

„Am 24sten April 1834 wurde im Saale St. Lazare der Klinik des *Hôtel-Dieu* Hortensia George aufgenommen. Sie ist 21 Jahre alt, regelmässig menstruirt, von ziemlich starker Constitution und erfreute sich stets einer guten Gesundheit."

„Am Sonntag Morgen, den 20sten April, machte sie zu Fuss eine Landparthie, ass zwischen dem Frühstück und Mittagessen einen festen Kuchen; konnte nichts zu Mittag essen und kehrte Abends sehr ermüdet zurück. Sie hatte die ganze Nacht hindurch Kopfschmerzen, Lendenschmerzen und ein unbequemes allgemeines Gefühl von Hitze. Am folgenden Tage musste sie das Bett hüten und fasten, weil der Kopfschmerz und das Gefühl von Abgeschlagenheit fortdauerte. Am 21sten fror sie vom Morgen bis Mittag so stark, dass sie sich nicht wieder erwärmen konnte; am Morgen und Abend erbrach sie bittere und grünliche Stoffe. Am 24sten dasselbe Erbrechen, 3 flüssige, fast wässrige Stühle; Schmerzen im Hypogastrium; einige Stunden nach ihrem Eintritt ins Hospital wurde das Gelenk der dritten Zehe und des *Os metatarsi* des linken Fusses schmerzhaft."

„Am 25sten Gefühl von Schwere in den Schläfen, Lendenschmerz, der beim Beugen und Ausstrecken des Stammes zunimmt; starker Schmerz des linken Fusses; bitterer Geschmack;

weisslich belegte Zunge; Empfindlichkeit gegen den Druck im Epigastrium; starker Durst; Appetitlosigkeit; Schmerzen im Hypogastrium, die beim Druck sehr zunehmen; geringe Hitze; frequenter Puls (100). (Verordnung: Aderlass von 12 Unzen; erweichende Kataplasmen auf den Unterleib; *Infus. viol. c. syr. gumm. arab.*; Diät).“

„26. — Schmerz im Hypogastrium; sehr schmerzhafter Urinabgang; häufiger Harndrang, den die Kranke nicht befriedigen kann. Man hatte den Catheter eingelegt, aber es floss kein Urin heraus; zwei flüssige Stühle; weder Ekel noch Erbrechen; die rheumatischen Schmerzen sind verschwunden. (Verordnung: *Infus. viol.* mit *syrup. ribium*; Kataplasma auf den Unterleib; halbes Leinsamenklystir; Diät).“

„27. — Die Schmerzen im Hypogastrium haben aufgehört; die rheumatischen Schmerzen sind nicht wiedergekehrt, die Kranke hat gut geschlafen. (Verordnung wie oben).“

„29. — Die Kranke befindet sich vollkommen wohl. (Verordnung: ¼ Portion).“

„Am 5ten Mai verlässt sie das Hospital.“

Ausgänge in Gesundheit, oder in exsudative Hyperämie.

Verlauf verschieden von einigen Stunden bis zu wenigen Tagen. — Die Krankheiten unter den beiden Rubriken „a“ und „b“ kommen sehr häufig zusammen vor.

C. Exsudative Hyperämie (Peritonitis).

Nur einen einzigen bezeichnenden Fall dieser Krankheit haben wir und zwar bei *Andral* gefunden [1]). Wir dürfen wegen ihrer leichten Tödtlichkeit daraus auf ihre Seltenheit schliessen. Sie betrifft eben sowohl den serösen Ueberzug der Bauchwand selbst als auch der einzelnen Bauchorgane. — Im Allgemeinen lässt sie sich mit der Pleuritis vergleichen.

---

1) Dessen Leichenbericht im Anhange.

Vorläufige Erscheinungen sind die Erscheinungen des hyperkrinischen äussern Rheumatismus meist der untern Gliedmaassen. Nach dessen Verschwinden leitet ein Frostschauer die Peritonitis ein.

Objektive Erscheinungen. Bei einer grössern Menge des Ergusses gespannte Geschwulst des Bauches. Das Reibungsgeräusch, welches *Beathy* zuerst beschrieben hat, das knarrende, knisternde Geräusch, wie im Emphysem, wenn man auf den Bauch drückt, auf welches *Bright*, *Piorry* und Andere aufmerksam gemacht haben, sind mittelst des Stethoskopes wahrzunehmen. Der Perkussionston ist dumpf. Rückenlage mit etwas erhöhetem Oberleibe.

Subjektive Erscheinungen. Aeusserst heftiger, anfangs flüchtiger, dann fixer Schmerz, der in Zwischenräumen und bei jeder Bewegung strahlend und reissend sich verbreitet, und durch jeden Druck so zunimmt, dass die Bettdecke kaum ertragen, jede Bewegung fast unmöglich wird. Dabei die grösste Angst, Niedergeschlagenheit und Aergerlichkeit, mitunter Brechneigung. Abendliche Verschlimmerung. Nicht selten mürrische Deliria. Wendet sich die Krankheit zum tödtlichen Ende, so treten Apathie, Gesichtsverzerrungen, unwillkürliche Stuhlentleerungen u. s. w. ein. S. *Pembérton* über Unterleibskrankheiten, *Andral's*, *Frank's* u. A. Therapieen.

Sekundäre Erscheinungen. Heftiges Fieber, Blutkruste. Der im Anfange kleine, harte, zusammengezogene Puls wird nach der ersten Blutentziehung entwickelter. Hitze des ganzen Körpers. Schweiss wird selten beobachtet, dagegen meist Dürre und Trockenheit der Haut. Der Urin roth, flammig.

Dass nun diese Erscheinungen nach ihrem verschiedenen Sitze verschiedene andere Merkmale annehmen, ist nach Darstellung der *einfachen Hyperämie* der serösen Bauchhäute einleuchtend. Erwähnung verdient noch die *Metroperitonitis*, welche besonders im Wochenbette häufig und gefährlich wird,

und wovon *Raciborsky* den Fall mitgetheilt hat, der im Anhange. — Was dagegen *Rayer* als Nephritis rheumatica darstellt, wovon er einen tödtlich gewordenen Fall anführt, ist Nichts denn eine Complication gewesen.

Complicationen mit allen Zuständen der von dem Bauchfell überzogenen Organe; mit Brust-, Hirnleiden u. s. w.

Ausgänge: 1) in Gesundheit, zuweilen durch Urin- oder Schweisskrise. 2) Häufig bleiben Verwachsungen und Verdickungen mit ihren Folgen. 3) In den Tod.

Dritter Abschnitt.

Vorhersagung.

Durch seine Behauptung, dass das Wesen des Rheumatismus in einem Leiden der Herzhäute bestehe, hat *Bouillaud* den Aerzten einen Schrecken verursacht, den die Beobachtung freilich nicht begründete, aber auch die von ihm gerühmte Behandlung nicht zu verscheuchen vermochte. Vielleicht, so hoffen wir, hat unsere Krankheitsdarstellung die Prognose auf besseren Grund gebaut. Bevor wir aber zur speciellen prognostischen Betrachtung der einzelnen Krankheitsformen übergehen, sagen wir mit *M. Stoll*, dass die rheumatischen Leiden, weil sie sich eben auf grössere Räume verbreiten und dann nur als einfache Hyperämieen und Hyperkrinieen erscheinen, viel weniger gefährlich sind, als die exsudativen Hyperämieen, wie die ächten Pericarditides, Pleuritides u. s. w. — Unter allen Schriftstellern steht aber dieses fest, dass, derjenige, welcher ein Mal einen Rheumatismus überstanden, demselben auch öfter ausgesetzt sei.

I. Der äussere Rheumatismus.

1. Hyperkrinie.

Im Ganzen eine leichte Krankheit, obgleich sie zuweilen die heftigsten Schmerzen verursacht. Sie ist weniger flüchtigwechselnd, als die Hyperämie, wenn sie bereits mehrere Stellen inne hat. Sobald aber die Erscheinungen einer Hyperkrinie sehr rasch und unter plötzlicher Abnahme der Puls-

frequenz verschwunden sind, muss man an ein tieferes Leiden, an eine exsudative Hyperämie einer serösen Haut denken. — Ohne alle Behandlung und selbst unter den verschiedensten Behandlungsweisen kann der Kranke genesen. Wenn die Krankheit nur eine geringere Ausdehnung hat, geht sie gewöhnlich nach einigen Tagen zu Ende, ist sie verbreiteter, so pflegt sie oft bis zum sechzigsten Tage die Kranken zu quälen. Häufig bleibt eine gewisse Steifheit der Glieder für einige Zeit theils primär, theils konsekutiv durch Affektion der Muskeln. Durch sich selbst wird sie nie tödtlich, auch nicht chronisch, wie die Aerzte geradezu wollen. Solche Fälle von Abscessbildung, wie *Stoercks*, habe ich nur bei diesem Schriftsteller gefunden.

2. Hyperämie.

Sie wechselt sehr rasch den Ort, so dass sie sehr schnell von einer Synovialhaut zur andern und auf seröse Membranen übergeht, aber niemals tief und lange eingreift. Selten dauert sie länger als eine Woche und wird niemals chronisch, wenn nicht Complicationen wie z. B. Dyskrasieen, Knochenleiden (bei *Chomel*), zu Grunde liegen.

II. Der allgemeine Rheumatismus.

Wenn man von der Behandlung und den vorläufigen Erscheinungen des äussern Rheumatismus absieht, so ist die Vorhersage in Bezug auf die rheumatischen Leiden der serösen Häute keine andere als jene der idiopathischen Affektionen derselben. Eine exsudative Hyperämie der Pleura oder des Herzbeutels bleibt immer dieselbe, mag ihr ein Rheumatismus vorhergegangen sein oder nicht. Aber dies ist unzweifelhaft, wodurch die Vorhersage um Vieles günstiger wird, dass nach dem äussern Rheumatismus häufiger Hyperkrinieen und einfache Hyperämieen, als exsudative Hyperämieen der serösen Häute entstehen, weil eben das Uebertreten eines *entwickelten* hyperkrinischen äussern Rheumatismus, der auf

der serösen Haut einen weit tiefer eingreifenden Zustand hervorrufen würde, ziemlich selten ist. Je älter übrigens die erkrankten Individuen, um so ungünstiger ist die Prognose.

1. Hyperkrinie der Spinnwebehaut.

Eine sehr schwere aber der ärztlichen Hülfe nicht unzugängliche Krankheit. Besser sind natürlich Delirien als Stupor, weil man dann voraussetzen darf, dass die Ergiessung noch nicht den höchsten Grad erreicht habe. Dass man übrigens an Kranken mit den Erscheinungen des Stupors, wenn nur das wirksamste Mittel, der Aderlass, nicht missbraucht worden, nicht zu verzweifeln habe, beweisen die von *Stoerck* und *Macleod* angeführten Fälle.

2. Leiden der Pleura.

a) Die ***Hyperkrinie***, welche sehr rasch und in grosser Menge bei schon erschöpften Kranken sich bildet, ist gefährlich und kann den Tod durch Zusammendrückung der Lungen und Behinderung des Blutkreislaufes herbeiführen. Alles hängt daher von dem Zustande der Lunge und der Kräfte überhaupt ab. Bei gesunden, kräftigen Leuten ist sie selbst in höherem Grade nicht gefährlich, wie die ausgezeichneten Heilungen *Stoll's* beweisen. Die Verwachsungen rufen selten Erscheinungen im Leben hervor.

b) ***Hyperämie.*** Eine geringe Krankheit, wenn sie im Rippen-, schwieriger, wenn sie im Lungenfell haftet. Hier hängt das Meiste von richtiger Diagnose ab.

c) ***Exsudative Hyperämie*** ist schlimm, besonders wenn Complicationen (kranke Lungen) zugegen sind. Da man aber selten die Residuen einer Pleuritis in der Leiche allein findet, so darf man mit Rücksicht auf die Duplicität des Organes, auf seine darum geringere Wichtigkeit und auf die Wirksamkeit unserer Kurmethoden sie für sich allein für ungefährlich erklären.

3. Leiden des Herzbeutels.

a) *Hyperkrinie.* Obgleich die Erscheinungen derselben mitunter sehr bedrohlich sind, so vermag die Kunst doch auch sehr Vieles. Bei kräftigen Leuten, wo weder Complicationen zugegen noch die Blutentziehungen missbraucht worden sind, ist vollständige Heilung möglich. Hierher gehören die meisten der von *Bouillaud* gerühmten Heilungen der Perikarditis. Durch Druck auf das Herz, Hemmung der Cirkulation in den Lungen oder im Hirne kann sie tödtlich werden. Partielle Verwachsungen stören selten.

b) *Hyperämie.* Ihre Erscheinungen sind nicht so gefährlich, als die Angst der Kranken wähnt.

c) *Exsudative Hyperämie.* Eine sehr gefährliche und bei einiger Ausdehnung tödtliche Krankheit. Wenn *Bouillaud* gegen *Corvisart* und *Louis* das Gegentheil behauptet, so wissen wir, worauf sein Irrthum beruht. Wenn aber die Perikarditis nicht so gefährlich wäre, so könnte man allerdings *Bouillaud* fragen, warum in den Fällen *Andral's*, wo man in der Leiche nur die Reste der Perikarditis gefunden hat und wo die ergiebigsten Aderlässe gemacht wurden, warum in seinen eigenen Fällen, die er nach seiner *Formel* behandelt hatte, der Tod eingetreten sei? — Dass die Kunst Manches vermöge, wenn sie nur den Schmerz beseitigen kann, ist nicht zu läugnen; denn mehrere Kranke scheinen gerade an Erschöpfung durch denselben (und die Aderlässe?) gestorben zu sein.

4. Leiden des Endokardiums.

Exsudative Hyperämie wurde niemals allein angetroffen. Sie ist vielleicht deshalb weniger gefährlich als die Perikarditis, weil durch die Blutwelle die Exsudate leicht weggeführt werden, und weil andererseits die dadurch entstehenden Verdikkungen der Klappen das ganze Leben hindurch ohne weitere Folgen bestehen können. Das in der Genesung noch längere

Zeit beobachtete Blasebalggeräusch scheint von denselben abzuhängen.

5. Leiden des Peritonäums.

a) Eine schnell und reichlich entstandene *Hyperkrinie* kann den Tod auf eine uns unbekannte Weise herbeiführen. Häufig entstehen Verwachsungen, die den Kranken das ganze Leben hindurch mit Schmerzen aller Art quälen können. Uebrigens ist dieser Zustand bei richtiger Erkenntniss und Behandlung ungefährlich.

b) *Hyperämie* mehr schmerzhaft, als gefährlich.

c) *Exsudative Hyperämie.* Eine bei einiger Ausdehnung sehr gefährliche Krankheit, besonders bei Wöchnerinnen. Die Kunst vermag jedoch Vieles.

Vierter Abschnitt.

Ätiologie.

Nur sehr Weniges, was nicht in's Reich der blossen Hypothese gehörte, können wir hier aufführen. So lange nämlich die Aerzte den Rheumatismus für eine Krankheit eigener Art halten, werden sie auch natürlich nach einer *specifiken* Ursache desselben suchen. Wenn nun die Epidemieenbeschreibungen solcher Männer wie *Huxham*, *Sydenham*, *Stoerck*, *Stoll* und Anderer zum Uebermaass beweisen, dass zu denselben Zeiten und an denselben Orten ebensowohl sogenannte *rheumatische* als *wahre Entzündungen* nebst *Ausschlägen*, *Katarrhen* in gleicher Ausdehnung zugleich vorkamen; wenn es ferner feststeht, dass der Rheumatismus in seinen beiden Hauptformen Schreck, Zorn, Gastricismen zu unmittelbaren Vorläufern haben könne; so sage man entweder mit *Eisenmann*, dass eben alle jene Leiden rheumatische, mag ihr anatomischer Sitz noch so verschieden gewesen sein, (man ist dann konsequent auch gerechtfertigt, eine specifische Behandlung, die sich geradezu gegen die vorausgesetzte Ursache wendet, sich zu schaffen, man darf endlich sich eine rheumatische Luftkonstitution zur Erklärung der Krankheit denken, deren „*Seele eine überwiegende Menge Elektricität*“ nach *Eisenmann* genannt werden müsse) oder man stimme uns bei, indem wir die von den Schriftstellern gegebenen specifischen Ursachen nicht anerkennen, weil sie, wie die *Verkühlung*, für die akuten Erscheinungen auf allen Systemen ohne Unterschied als Ursachen

aufgestellt werden; man stimme uns bei, indem wir die Hauptursache des Erkrankens des serösen Systemes im Allgemeinen und in seinen einzelnen Theilen in einer besondern *Anlage* desselben suchen, die durch *Geburt*, *Lebensweise*, *andere Uebel* u. s. w. erworben wurde; wo es dann eben nur der ersten besten krankmachenden Ursache bedarf, um sogleich die abnormen Erscheinungen im serösen Systeme auftreten zu lassen. Welche Anschauung die richtigere sei, wird sich wohl später ermitteln lassen; ist's auch die unsrige nicht, ist's nicht wahr, dass Ursache und krankhafte Erscheinungen niemals identisch sind, so lässt doch Alles voraussetzen, dass die Wahrheit in der Mitte liege, dass die rheumatische Ursache eine specifike des serösen Systems sein müsse. Welche Rolle das Nervensystem dabei spiele, wissen wir gar nicht.

1. Anlage zum Erkranken des serösen Systems im Allgemeinen.

Was man vom Rheumatismus gesagt hat, dass er eine gesteigerte Anlage für sich zurücklasse, gilt natürlich nur von den Leiden der serösen Häute. Gewiss ist ferner, dass diese Krankheiten im Kindes- und Greisesalter am seltensten sind. Das Geschlecht scheint keinen Unterschied zu machen.

2. Anlage zum Erkranken einzelner Theile des serösen Systems.

Diese wird begründet in der *Constitution*, der *Lebensweise*, in Krankheiten der von serösen Häuten *eingeschlossenen Organe*.

a) Anlage zum äussern Rheumatismus.

Wodurch es geschieht, dass er bald in der Form der Hyperkrinie, bald der Hyperämie auftritt, wissen wir nicht. Wenn *Chomel* [1]) und *Macleod* auch nicht durch Zahlenangaben be-

1) Von 73 Rheumatischen litten 35 zum ersten Male zwischen dem 15. bis 30. Lebensjahre.

22	zwischen	dem	30.	und 40.	Lebensjahre.
7	„	„	45.	„ 60.	„
7	nach	dem	60.		„
2	vor	dem	15.		„
1	„	„	10.		„
1	„	„	9.		„

wiesen hätten, dass das Jünglings- und erste Mannesalter ihm zunächst unterworfen sei, so liesse sich doch schon von vornherein behaupten, dass die Synovialhäute dann vorzüglich ergriffen werden, wenn die von ihnen eingehüllten Theile besonders und am meisten gebraucht werden. So beobachtete *Richter* [1]) eigenthümliche Leiden der Synovialhaut des *Kniees* bei *Reitern*, *Gurney* des *Ellenbogens* bei *Bergleuten* („the miners elbow").

Der äussere Rheumatismus erscheint zunächst an den *Fussgelenken* bei *Fussgängern* und *Jägern*, in der *Hüfte* und im *Rücken* bei *Schneidern*, *Näherinnen* und *Gärtnern*, an den *Händen* bei *Wäscherinnen*, an der *Schulter* bei *Lastträgern;* bei einem Menschen, der in's Wasser gefallen war, litten fast *alle* Synovialhäute (Amatus Lusitanus). Es hat sich schon so oft wiederholt, dass nach einer plötzlichen Einwirkung der Kälte die Erscheinungen des äussern Rheumatismus aufgetreten sind, dass wir einiges Recht haben zu behaupten, dass bei der betreffenden Anlage die Folgeerscheinungen einer solchen äussern Ursache im synovialen Systeme sich offenbaren; z. B. ein Mann kommt von einer Fussreise zurück, braucht ein kaltes Fussbad und leidet am folgenden Tage an den Erscheinungen einer Hyperkrinie des Fussgelenkes u. s. w. Die Aerzte haben sich bemüht eine äussere Ursache aufzufinden, wodurch sie das Ergriffensein so vieler Häute zu erklären suchten. Hier kann aber begreiflich nur Folgendes stattfinden: a) entweder wirkt die Ursache auf das ganze äussere oder innere System wie z. B. in dem obigen Falle des Amatus, dann muss sie selbst oder die Disposition sehr stark sein; b) oder die Ursache wirkt auf einen bestimmten Theil des Systemes allein. Dann breiten sich die entstandenen Erscheinungen unabhängig von der äussern Ursache durch das blosse Gesetz der histologischen Homogeneität und Sym-

1) Medic. Vereinszeitung, Jahrg. 1834.

pathie aus, oder sie beschränken sich an einer Stelle und bedarf es dann einer erneuerten Einwirkung der äussern Ursache auf eine noch freie Partie, um auf dieser nach vorherigem Froste die krankhaften Erscheinungen hervorzurufen.

1. Kapselrheumatismus [1]).

(Nach *Macleod*).

Alter	Männer	Frauen	Summa
von 10—15 Jahr.	0	1	1
„ 15—20 „	2	1	3
„ 20—25 „	4	7	11
„ 25—30 „	4	1	5
„ 30—35 „	3	2	5
„ 35—40 „	12	3	15
„ 40—45 „	7	5	12
„ 45—50 „	7	3	10
„ 50—55 „	4	3	7
„ 55—60 „	3	6	9
„ 60—65 „	1	2	3
	47	34	81

1) Unter Kapselrheumatismus versteht *Macleod* den hyperkrinischen, unter Muskelrheumatismus den hyperämischen äussern Rheumatismus.

2. Muskelrheumatismus.

(Nach *Macleod*).

Alter	Männer	Frauen	Summa
von 15—20 Jahr.	2	4	6
„ 20—25 „	4	4	8
„ 25—30 „	5	5	10
„ 30—35 „	9	3	12
„ 35—40 „	5	4	9
„ 40—45 „	3	4	7
„ 45—50 „	6	2	8
„ 50—55 „	2	2	4
„ 55—60 „	5	0	5
„ 60—65 „	4	1	5
„ 65—70 „	4	1	5
	49	30	79

b) Anlage zum innern Rheumatismus.

Was vom äussern Rheumatismus gilt, müssen wir der Analogie nach vom innern voraussetzen. Ich glaube, dass jene serösen Häute besonders leicht ergriffen werden, welche durch die Verhältnisse der *Constitution*, *Lebensweise* u. s. w. des Kranken besonders in Anspruch genommen sind. So scheinen mir Leiden der Lungen (Tuberkeln) Anlage zum Erkranken der Pleura; des Herzens (Hypertrophie) Anlage zum Erkranken des Peri- und Endokardiums; das Wochenbett Anlage zum Erkranken des Peritonäums zu geben. Weiteren Beobachtungen ist die Bestätigung dieser Ansichten vorbehalten. Dass der äussere Rheumatismus zu den serösen Häuten gewöhnlich übergeht und nicht das Umgekehrte stattfindet, hat nicht seinen Grund in irgend einer centripetalen Ursache, denn das heisst Nichts weiter als das Unbekannte mit dem-

selben Unbekannten erklären, sondern darin, dass die serösen Häute, die von geringerer Renitenz gewöhnlich tiefer eindringende Verletzungen zeigen, wo dann auch die stärksten Ableitungen vikariirende Erscheinungen auf den synovialen Häuten hervorzurufen nicht im Stande sind. Werden dagegen einfache Hyperämieen und leichte Hyperkrinieen auf den serösen Häuten ursprünglich beobachtet, so gehen diese auch leicht auf die Synovialhäute über. Eine *exsudative Hyperämie* ist aber, wie schon oben dargelegt worden, niemals in dieser Weise flüchtig.

Alter der an rheumatischer Herzbeutel-Affektion Leidenden. (Macleod.)

Alter	Männer	Frauen	Summa
von 10—15 Jahr.	3	1	4
„ 15—20 „	9	7	16
„ 20—25 „	6	10	16
„ 25—30 „	4	6	10
„ 30—35 „	3	0	3
„ 35—40 „	0	0	0
„ 40—45 „	1	0	1
„ 45—50 „	1	0	1
„ 50—55 „	0	0	0
„ 55—60 „	1	0	1
	28	24	52

Fünfter Abschnitt.

Therapie.

Wie wir uns bisheran bemüht haben, die rheumatischen Krankheiten gemäss dem in der Einleitung dargelegten Principe zu beschreiben, dass alle krankhaften Erscheinungen auf ihnen zu Grunde liegende wesentliche Form- oder Stoffveränderungen zurückgeführt würden, dass somit unsere Krankheitsbeschreibung als eine auf die Anatomie und ihre Theilwissenschaften gegründete Zeichenlehre erschien — so darf auch die *Therapie*, wenn sie für eine *wahre*, *wesentliche*, *nothwendige*, nicht aber *empirische* gelten will, nur dahin vorzüglich gerichtet sein, wo sie sich *aufhebend*, *vernichtend*, *abwendend* der *formellen*, *anatomischen Grundlage*, nicht aber den *Zeichen* vorzüglich zuwendet. Diese können und dürfen an der ersten Stelle nur das *Mittel* zur Erkenntniss der formellen Grundlage, dagegen nicht den Zweck des Heilens darstellen. Ist aber diese Art des Handels wegen Unvollkommenheit der Wissenschaft unthunlich; so ist man gegen die Zeichen anzukämpfen, ist die Empirie in Ermangelung eines Bessern gerechtfertigt und durch Benutzung der numerischen Methode kann sie der Wahrheit dann nahe kommen.

Nur sehr gering ist die Anzahl der Heilverfahren, welche diesen nothwendigen Charakter an sich tragen, wie z. B. die Blutentleerung gegen Blutanfüllung. Für sie spricht dann noch die Geschichte, dass sie beschränkt, häufiger oder seltener von den betreffenden Aerzten angewendet, niemals aber ganz verdrängt worden.

Wenn ich mich nun bemühe, in Betreff der vorliegenden Krankheiten diese anatomische Grundlage für die Behandlung festzuhalten, wird dies mich nicht entschuldigen dürfen, dass ich alle empirischen und specifischen Mittel so sehr gering anschlage?

I. Die Behandlung des äussern Rheumatismus.

a) Der Hyperkrinie.

Der Irrthum, welcher die Pathologie des Rheumatismus beherrschte, dass nämlich die Hyperkrinie der Synovialhäute eine exsudative Hyperämie oder Entzündung sei, dieser Irrthum wurde natürlich auch auf die Behandlung übertragen. Obgleich es nun ausser allem Zweifel ist, dass Fälle eines entwickelten hyperkrinischen äussern Rheumatismus ohne alle Blutentziehung und unter den verschiedensten Behandlungsweisen, wie mit *Chinin*, geheilt worden sind und obgleich *Sydenham*, der frühere Lobredner der Aderlässe, sie selbst später verworfen hat, so sind doch die Meinungen über die Zulässigkeit des Aderlasses zwischen den Anhängern der *Entzündung* und des *Acre* bis heute noch getheilt.

Auf folgende Gründe hin verwerfe ich den Aderlass in dieser Form des Rheumatismus:

1. Wie hinlänglich gezeigt worden, ist die Hyperkrinie ein Zustand, der mit einer Hyperämie oder Entzündung durchaus Nichts gemein hat. Die Röthe und Wärme der äussern Theile, wenn sie zugegen sind, haben nur in einer sekundären durch den Druck der hyperkrinischen Flüssigkeit bewirkten Hyperämie der Haut und des Zellgewebes ihren Grund. Es fehlt also wenigstens der *anatomische* Beweis, auf den sich die Vertheidiger der Aderlässe, besonders *Bouillaud* berufen.

2. Die Synovialhäute wie auch die die Wände der Eingeweidehöhlen überziehenden serösen Häute zeichnen sich nicht allein durch grosse Gefässarmuth aus, sondern ihre Gefässe selbst sind auch so weit vom Mittelpunkte des Blutkreislaufes

entfernt, sind im Bereiche der Kapillarität, dass Aderlässe nur mittelbar auf sie einwirken können. Daher finden wir, abgesehen vom Rheumatismus, keinen Fall, wo ein Leiden einer solchen serösen Haut, wie etwa eine Pneumonie, durch blosse Anwendung des Aderlasses und ohne örtliche Hilfsmittel beseitigt worden wäre. Wenn dagegen Aderlässe in den Hyperkrinieen der eigentlichen serösen Häute wirksam sind, so verdanken sie es nur dem Umstande, dass diese gefässreiche Organe einschliessen, welche sekundär mitlitten, und der durch sie hervorgebrachten Steigerung der Resorptionsthätigkeit.

3. Es ist ausser allem Zweifel, dass dem hyperkrinischen äussern Rheumatismus sehr leicht gefährliche exsudative Hyperämieen der serösen Häute des Herzens, der Lungen und zuweilen des Hirnes folgen, deren Erscheinen man bis jetzt noch nicht, wie aus sehr vielen Fällen hervorgeht, durch Aderlässe hat verhindern können. Es ist demnach verkehrt, das wichtigste Mittel, welches wir gegen akute Leiden innerer Organe haben, den Aderlass, so zu missbrauchen, dass man zur Behandlung des äussern Rheumatismus, einer an und für sich ungefährlichen und durch andere Mittel zu beseitigenden Krankheit, das Blut so verschwende, dass beim Eintreten einer Perikarditis davon abgestanden werden müsste. Man vergl. nur die im Anhange II befindlichen Beobachtungen.

Nach diesen Gründen halte ich den Aderlass im Gelenkrheumatismus für unnütz und eher schädlich; auch stimme ich nicht ein Mal *Chomel* bei, dass man ihn zur Beseitigung der allgemeinen Aufregung anwenden möge, da man diesen Zweck auf bessere Weise erreichen kann. Gegen *Bouillaud's* sogenannte „*Formel*“ der Aderlässe wollen wir dieses noch anführen: 1) Die pathologischen Gründe für das Verfahren sind falsch; denn der Gelenkrheumatismus ist nicht *Entzündung*, *exsudative Hyperämie*, sondern *Hyperkrinie*. 2) Der äussere Rheumatismus ist keineswegs eine so gefährliche und der Kunst un-

zugängliche Krankheit, dass sie eine solche Blutverschwendung rechtfertigen könnte, die langwierige *Anämieen* im Gefolge hat. 3) Wenn wir auch nicht behaupten wollen, dass Aderlässe den Uebergang des äussern Rheumatismus auf die serösen Häute befördern, so lässt sich doch auch nicht läugnen, dass die ergiebigsten Aderlässe diesen Uebertritt nicht zu verhindern vermocht haben. 4) Durch Blutentziehungen lässt sich die Bildung von Verwachsungen nicht verhüten, wie alle von uns angeführten Sektionen beweisen; auch ist's bekannt, dass die Verwachsungen ohne alle Hyperämie (Dalrymple) u. s. w. zu Stande kommen können, dass ferner totale Verwachsungen oft gar keine übele Erscheinungen hervorrufen — der darauf also sich beziehende prophylaktische Grund *Bouillaud's* hat kein Gewicht. 5) Sehr häufig entsteht durch dieselbe ein oligämischer oder anämischer Zustand mit nachfolgender Chlorose oder Wassersucht. Während man also prophylaktisch gegen ein problematisches Herzleiden wirken möchte, macht man eine gewisse Blutalteration [1]). 6) Was endlich *Bouillaud* über die Wirksamkeit seiner Blutentziehungsmethode angibt, ist nicht so, dass der Arzt ein solches Mittel den Laien, welche heute mehr denn je über ärztliche Leistungen urtheilsfertig sind, vorschlagen und empfehlen könnte. — *Bouillaud's* Formel, welche in Pneumonieen vielleicht entsprechen möchte, muss ich für die Behandlung des Rheumatismus verwerfen. Hören wir aber noch über die empirischen Erfolge derselben die Meinung eines französischen Arztes *Monneret.* (Archives génér. Märzheft 1844.) „Sobald die Aderlässe die rheumatischen Schmerzen nicht in den ersten vier oder fünf Tagen

1) Mit Recht bemerkt *G. Hirsch* (über Spinalneurosen S. 111) dass es zum entzündlichen Charakter gehöre, dass die starken Blutentleerungen trotz der schwächlichen Constitution keine Schwäche oder Blutleere zurückliessen — wogegen in allen nach der *Bouillaud'*schen Methode behandelten Fällen von Rheumatismus für längere Zeit Blutleere und Siechthum zurückblieben.

hinwegnehmen, darf man nicht darauf rechnen, dass sie eine grosse Hülfe zur radikalen Heilung der Krankheit gewähren werden; kaum vermindern sie dann die Heftigkeit der Schmerzen und der örtlichen Erscheinungen. Ja noch mehr: es schien mir, dass wenn man in dem Maasse zu Blutentleerungen seine Zuflucht nahm, als neue Schmerzen an andern Stellen und nach den 4 ersten Tagen der Krankheit auftraten, man den Kranken nur schwächte und ihn in einen seiner Wiederherstellung sehr nachtheiligen Zustand von Anämie stürzte; ich beobachtete dann, dass das blasende Geräusch sich in den grossen Gefässen und an der Basis des Herzens kundgab, dass die Haut sich entfärbte, dass die Schweisse reichlich wurden, dass der Schlaf fehlte oder beständig unterbrochen war, dass der Puls an Frequenz zunahm. Die Schmerzen, anstatt zu verschwinden warfen sich von einem Gelenke auf das andere oder blieben hartnäckig an jenen haften, welche zuerst ergriffen worden waren. Wie oft habe ich unglückliche rheumatische Kranke, so ihres Blutes beraubt, sich nur nach einer langen und schweren Genesung, welche sie zwei Monate im Hospitale zurückhielt, herstellen sehen. Ich habe die Ueberzeugung, dass die der Anämie und der Chlorose eigenthümliche Blutveränderung, weit entfernt die Entwicklung der Gelenkentzündung zu hindern, sie gerade begünstigt, indem sie zugleich den Kranken seine Gelenkschmerzen lebhafter empfinden lässt; dieses hängt ohne Zweifel von der Ueberreizung ab, welche sich des ganzen Nervensystems bemächtigt. Es geschieht in diesem Falle etwas demjenigen durchaus Aehnliches, was bei Bleichsüchtigen stattfindet. Man weiss, dass die Magen- und Nervenschmerzen jeder Art wegen des krankhaften Uebergewichts, welches die Innervation erlangt (!) bei ihnen häufig sind. Die blutleeren Rheumatiker sind in ganz ähnlichen Verhältnissen: Die Schmerzen, im Allgemeinen umherschweifend und sehr lebhaft, werfen sich von einer Stelle auf die andere, und da man immer geneigt ist, sie durch neue, bald örtliche, bald

allgemeine Blutentleerungen wegen ihrer Heftigkeit zu bekämpfen, veranlasst man oder steigert man noch die Anämie. Man muss daher mit der grössten Sorgfalt die Erscheinungen dieses Leidens bei seinem Anfange aufsuchen, um sie weder zu steigern oder die Schwierigkeiten noch zu vermehren, welchen man bei Behandlung des Rheumatismus begegnet. — Die sehr lange Dauer der örtlichen Erscheinungen des Rheumatismus und der Fieberbewegung ist nicht der einzige Nachtheil, der von selbst mässigen Blutentziehungen, die man im Verlaufe des Rheumatismus anstellt und demnach von dem anämischen Zustande, der sich dann hinzu gesellt, herrührt. Ich habe Erscheinungen entstehen sehen, welche ohne Zweifel von ganz individuellen Anlagen abhingen, aber darum nichts desto weniger einen gefährlichen Charakter hatten. Bei einigen Kranken, bei welchen ein Gelenk heftiger als die übrigen ergriffen war, endigte es damit, dass dasselbe der Sitz einer weissen Geschwulst oder einer chronischen Anschwellung wurde, deren Zertheilung unsägliche Mühe machte. Ich habe eine heftige Pneumonie von schlimmem Charakter den Tod eines auf diese Weise blutleeren Rheumatikers herbeiführen sehen; bei einem dritten entblösste ein breiter Brandschorf einen grossen Theil des Heiligbeins und brachte das Leben des Kranken in Gefahr; bei andern hielt Durchfall mehrere Wochen an. Ich kann diese Wirkungen nicht den Blutentleerungen allein zuschreiben; dennoch scheinen diese mir ihrer Hervorbringung nicht ganz fremd zu sein.“

„Ich glaube daher aus den Thatsachen, welche ich beobachtet habe, schliessen zu können: 1) Dass wenn mässige Aderlässe einigen glücklichen Erfolg bei der Behandlung des Rheumatismus gewähren, dieses nur unter der Bedingung ist, dass sie zu einem dem Beginne der Krankheit sehr nahen Zeitpunkt, vorzüglich in den 4 ersten Tagen, gemacht werden; nach dieser Periode vermögen sie nur die Kranken anämisch zu machen und so zu schwächen, dass die Bestrebungen des Organismus zur

Heilung der Krankheit erschwert oder sehr langwierig sind; 2) Dass die Fälle, in welcher der Aderlass am meisten gefruchtet hat, solche gewesen sind, wo ich ihn frühzeitig und stark angewendet und nach kurzen Zwischenräumen wiederholt hatte. 3) Dass *jedoch die glücklichen Wirkungen des Aderlasses, nach dieser Methode ausgeführt, weit entfernt sind konstant zu sein*, dass diese aber jener Weise vorgezogen werden müssen, nach welcher mässige Aderlässe durch den ganzen Verlauf der Krankheit hindurch gemacht werden."

Oertliche Blutentleerungen werden von allen Schriftstellern mehr oder weniger empfohlen, obschon *Pringle* bereits zugibt, dass sie wenig nützen, wesshalb man sie öfterer und in geringerem Maasse anwenden solle. Es ist nicht zu läugnen, dass sie durch ihre Einwirkung auf die selten bei der Hyperkrinie fehlende sekundäre Hyperämie der Haut und des Zellgewebes eine gewisse Erschlaffung der ihres Blutes beraubten Theile und somit eine gewisse Linderung des Schmerzes hervorbringen können. Diese Hülfe gewähren sie, wie *Pringle* richtig bemerkt, nur für kurze Zeit; auch ist dieselbe durch Anwendung von lauen Bädern, Breiumschlägen u. s. w. zu erreichen. Gegen die Hyperkrinie vermögen aber die Blutegel durchaus Nichts, wie Folgendes beweist: 1) Die Hyperkrinie ist nicht in einer offenbaren *Blutstase* begründet, und man ist daher eben so wenig berechtigt, gegen dieselbe Blutentziehungen in Anwendung zu bringen, als etwa gegen eine Eiterung, die sich in den Gelenken findet. 2) Auch muss man nicht glauben, dass durch diese örtliche Blutentleerung die Resorption der hyperkrinischen Flüssigkeit befördert werde. Denn die Synovialmembranen bilden nach Aussen wirklich isolirende Flächen für die Gelenkhöhlen, und die von ihnen eingehüllten Theile, Knorpel und Knochen, sind nichts weniger als blut- oder gefässreich. 3) Aus dem Letztern und aus der Natur der Krankheit lässt sich auch erklären, warum in den meisten Fällen selbst eine sehr grosse Anzahl von Blut-

egeln, wiederholt angelegt, nicht einmal eine geringe Linderung des Schmerzes hervorgebracht hat. 4) *Schröpfköpfe*, die wegen der zu bewirkenden Spannung in höhern Graden der Hyperkrinie geradezu unthunlich sind, folgen in ihrer Wirkung den Blutegeln.

Anwendung der Kälte. Obgleich *Hippocrates* sie bereits lobt, so haben die Aerzte dieselbe aus Furcht vor „*Zurücktreibung der örtlichen Krankheit, Metastase der Schärfe* u.s.w. aufgegeben. Nur in neuester Zeit hat man sie wieder versucht, und jene Furcht ist allerdings unbegründet. Die Hülfe aber, die das Eis durch Temperaturherabsetzung und dadurch bewirkte Verkleinerung der Theile bringen könnte, ist nicht sehr hoch anzuschlagen, weil sie sich nicht über die nächste Oberfläche des Körpers hinaus erstreckt, also die eigentlich leidenden Punkte nicht erreichen würde.

Cataplasmen könnten zwar wohlthätig durch die bewirkte Erschlaffung der Theile werden; sie dringen aber zu wenig in die Tiefe.

Die endermatische Methode kann in doppelter Weise wirksam sein, entweder vorzüglich durch die gelegten Blasenpflaster, über welche wir später ausführlicher sprechen, oder durch die eingestreuten narkotischen Mittel, welche direkt auf die örtlich afficirten Nervenpartieen einwirken, über welche ich aber keine Erfahrungen zu haben gestehe.

Die Arzneien. Die Aerzte, welche den Rheumatismus für eine Krankheit eigenthümlicher Art, für durch eine gewisse „*Schärfe*“ entstanden halten, wurden durch drei Rücksichten bei der Wahl ihrer Arzneien geleitet: 1) Sie suchten die vorausgesetzte Schärfe durch *Schweiss-, Urin- oder Darm- und Magen entleerende* Mittel zu entfernen. 2) Sie forschten nach Arzneien, welche sich etwa durch das Experiment als *empirisch-specifik* gegen dieses vermeinte *specifike* Leiden erweisen möchten, wie das Chinin gegen Wechselfieber, oder 3) sie anerkannten gleichsam stillschweigend ihre Ohnmacht ge-

gen den unbekannten Feind und nahmen ihre Zuflucht zu der grossen Klasse der *Linderungs-* und *Schlafmittel.*

Was nun die erstere Reihe der die Sekrete befördernden Mittel betrifft, so wird man die *Sudorifera* wohl sogleich verwerfen bei einer Krankheit, wo der Kranke vom Schweisse fast trieft und nach einiger Kühlung sehnsüchtig begehrt. Desshalb auch werden die *urintreibenden* Mittel häufig nicht anwendbar sein, weil sie für ihre Wirksamkeit ein reichliches flüssiges Substrat im Allgemeinen erfordern und man dann durch dieselben das Schwitzen gerade befördern könnte. Die *magen-* und *darmentleerenden* Mittel mögen mitunter wegen der Complicationen nützlich sein, besonders *Brechmittel*, da Gallenanhäufungen nicht selten die Erscheinungen des Rheumatismus für weniger Geübte simuliren, auch wohl einleiten; immerhin bedenke man aber, dass, wo sie nicht dringend angezeigt sind, man sie besser umgeht bei einem Kranken, dem bei entwickeltem Leiden die leiseste Bewegung die heftigsten Schmerzen bringt.

Was nun die Wirksamkeit der empirisch-specifiken *antirheumatischen Mittel* betrifft, so mögen darüber wenige Worte gestattet sein, insofern als wir uns mit den von *Eisenmann* in den *Münchener Jahrbüchern* niedergelegten Ansichten über specifike Arzneien nur bedingungsweise einverstanden erklären können. Ein Mittel ist nur dann *specifik*, d. h. *unmittelbar*, wenn es der vorhandenen Erscheinung geradezu entgegengesetzt und feindlich ist, z. B. Kälte gegen die Erscheinung der Hitze, Blutentziehung gegen Bluthäufung u. s. w. Denn hier ist der *Zusammenhang* zwischen Mittel und Krankheit *offenbar* und *schlagend.* Dagegen kann man das *Chinin*, wenn es sich noch so oft gegen das Wechselfieber wirksam bezeigt, nicht specifik in dieser Krankheit nennen, weil wir weder den Körperzustand noch den Zusammenhang zwischen ihm und dem angeführten Mittel kennen. Die blosse Empirie kann wohl die *Wirksamkeit*, nicht aber die *specifike Wirk-*

samkeit eines Mittels beweisen. Viel weniger noch kann die *ätiologische* Rücksicht für die Specificität eines Mittels geltend sein. Denn wie vernünftig es auch ist, als schädlich erkannte Einwirkungen zu beseitigen und fern zu halten, so glaube man doch nie damit gegen die krankhaften Erscheinungen selbst gewirkt zu haben, wenn diese auch so gering sind, dass die eigene Kraft des Körpers sie überwindet, weil sie selbstständig, von der äussern Veranlassung unabhängig geworden sind. Unmittelbare Mittel aber gegen den Rheumatismus hoffen wir im Folgenden darlegen zu können.

Wir entheben uns der Mühe, alle empirisch vorgeschlagenen Mittel [1]) weitläufig zu betrachten. Sollen wir denn nicht an die Eigenheilkraft des Körpers glauben, die sich mit und ohne Mittel zum Siege verhalf, wenn *Bouillaud Aderlässe*, *Aran Salpeter*, *Requin Opium*, *Briquet Chinin*, *Eisenmann seinen Colchicumwein*, Andere *Digitalis*, *Jodkalium*, *Guajak* u. s. w. als Specifica empfehlen. Was den *Salpeter*, den schon *Brocklesby* vor mehr als einem Jahrhundert empfohlen hat, betrifft, so haben wir ihn als ein die Temperatur herabsetzendes kühlendes Mittel angewendet, und seine Wirksamkeit ist in dieser Beziehung unbestritten [2]); wegen seines schlechten Geschmackes steht er aber den gewöhnlichen *Eiscrêmen* nach. Die Wirkung des reinen *Colchicums* haben wir selbst in kleinen Dosen von 20—25 Tropfen drei Mal im Tage als eine purgirende beobachtet; in der *Eisenmann*'schen Formel 3 Theile vin. sem. colch. und 1 Theil tinct. op. ist es als blosses Narcoticum anzusehen. Darin stimmt auch im Allgemeinen *Monneret* überein.

---

1) Eine Zusammenstellung der neueren Versuche zur Behandlung des Gelenkrheumatismus gibt Prof. *Wunderlich* in seinem und *Roser's* Archiv Jahrgang III. Heft 3. —

2) Vergl. *Gottschalk*, über contrahirende Arzneien in *Oppenheims* Zeitschrift Bd. 23 u. 24.

„*Wirkung der Tinctura colchici im Rheumatismus.*“ —

„Fünf und zwanzig Kranke wurden seit ihrer Aufnahme in's Hospital mit diesem Mittel behandelt, und haben wir demselben entsagt, nachdem wir die Gewissheit erlangt hatten, dass ihr Leiden nicht vermindert worden ist. Von diesen 25 Kranken litten 21 an Gelenkrheumatismus, 4 an verschiedenen Krankheiten, einer an Gesichtslähmung, einer an Neuralgia femoro-poplitea und zwei Andere an Albuminurie mit Anasarka. Es würde vielleicht erforderlich sein, die Analyse der einzelnen Thatsachen weiter zu führen, z. B. anzugeben seit wie langer Zeit der Rheumatismus bei jedem Kranken dauerte, ob er einfach oder complicirt gewesen, ob er sich zum ersten Male gezeigt, ob er schon mit andern Arzneien bekämpft worden; alle diese Bemerkungen werden unerlässlich, wenn man eine neue Behandlungsweise versucht. Aber ich dachte, dass ein so in's Einzelne gehendes analytisches Studium keinen Nutzen habe, weil ich mich darauf beschränken muss zu sagen, *dass in keinem Falle die Anwendung der Tinct. colchici von einer augenscheinlichen und dauerhaften Genesung gefolgt war.* Wie soll man also den Irrthum, Jener erklären, welche so laut ihre Stimmen zu Gunsten der Heilkräfte der Präparate des Colchicum erhoben haben. Hier meine Antwort: Bei 8 Kranken, d. h. bei etwas mehr einem Drittel der Fälle fiel die Verminderung, ja das vollständige Verschwinden der Schmerzen mit der Behandlung zusammen: wenn ich aber diese Heilungen näher untersuchte, so versicherte ich mich, dass sie in eine der folgenden Kategorieen sich einreiheten: entweder dauerte der Rheumatismus seit mehreren Tagen, war kaum fieberhaft und endigte in 12 oder 15 Tagen; oder er war durchaus chronisch; und in dem einen wie in dem andern Falle reichte die sehr starke Revulsion, welche die Tinktur auf den Darm hervorbrachte, hin, das Uebel aufhören oder aussetzen zu machen; die Besserung erschien immer gleichzeitig mit der Diarrhöe. In keinem Falle habe ich die Tinct. colchici den Rheu-

matismus durch irgend eine jener specifiken und verborgenen Eigenschaften, welche gewisse Autoren ihr zuzuerkennen für gut fanden, bessern oder heilen sehen. In ziemlich seltenen Fällen, wo ihre Wirkung heilsam und schnell gewesen, hat sie als wahres Drasticum gewirkt. Was die Complicationen betrifft, welche von Seiten des Herzens zugegen sein können, so habe ich kaum nöthig zu bemerken, dass sie durch die Tinct. colchici keineswegs verändert wurden."

Von den Narcoticis erwarte man nicht einen grossen Erfolg zu sehen. Die Krankheit hat gleich der Pneumonie ein zu materielles Substrat, als dass ohne direkte Einwirkung auf dieses eine Heilung, ja Linderung möglich wäre. Der sogenannten *hitzigen* Narcotica, besonders des Opiums, muss man sich um so mehr enthalten, als sie die Aufregung des Kranken geradezu steigern, Hyperämie der Hirngefässe hervorbringen und, da sie so leicht die örtlichen Erscheinungen maskiren, zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben. *Stoerck* räth daher das letztere nur während den Nachlässen des Morgens zu geben und zieht im Ganzen die sogenannten *kalten* Narcotica wie das *Bilsenkraut*, den *Eisenhut* u. s. w. vor. Jedenfalls sind es nur dann einigermaassen verlässliche Mittel, wenn man gegen die örtlichen Erscheinungen unmittelbar schon gewirkt hat.

b) Behandlung des Rheumatismus nach seinen formellen Erscheinungen.

1. Hyperkrinischer äusserer Rheumatismus.

Die *Krankheitsanzeige*, die hyperkrinische Flüssigkeit als das materielle Substrat der Krankheit zu entfernen, kann man in doppelter Weise erfüllen: 1) indem man direkt bewirkt, dass nicht eine noch grössere Menge von Flüssigkeit in den Synovialhöhlen abgesondert, und dass die vorhandene aufgesaugt werde, und 2) wenn der erstere, unmittelbare Weg nicht zusteht, indem man die Flüssigkeit nach Aussen leitet.

Zur Erfüllung der erstern Anzeige ist das beste Verfahren die regelrecht ausgeführte *Compression*, von der es schon längst bekannt ist, dass sie eines der vorzüglichsten Mittel zur Bethätigung der Resorption ist. Wo also irgend ein der Compression zugängliches Glied am hyperkrinischen Rheumatismus leidet, werde dasselbe, ohne Rücksicht auf das etwa begleitende Fieber, sogleich mit einer in kaltes Wasser getauchten Binde von der Peripherie zum Centrum hin kunstgerecht eingewickelt. In derselben Weise werde eine an der innern Seite nach *Seutin's* [1]) Verfahren mit Kleister bestrichene Binde über die erstere hinweggelegt. Sind die Synovialhäute der Schulter oder des Kniees z. B. ergriffen, so muss die Binde von den Fingern oder den Zehen ausgehen. Das darauf folgende Wohlbehagen des Patienten beweist uns hinlänglich, dass die Anwendung der Kleisterbinde durchaus zweckentsprechend ist. Die ergriffenen Theile müssen in steter Ruhe sein, damit sich weder die Binde löse, noch die Synovialhäute gezerrt werden. Der Kranke liege auf einer weniger weichen Matratze, in einem eher kühlen als warmen Zimmer; jeder Luftzug ist zu vermeiden. Mit Recht empfiehlt *Piorry* eine durch ein Stroh- oder Haarkissen erhöhte Lage der leidenden Theile. Die Binde selbst bleibt unberührt, so lange sie das Glied noch dicht umschliesst; hat sie nachgelassen, so muss sie auf's Neue umgelegt werden und zwar so lange, bis nicht nur jede Geschwulst, sondern auch die Schmerzen verschwunden sind. Niemals wende man in dieser Form schweisstreibende oder gar wohl erhitzende Mittel an, da der Kranke schon übermässig schwitzt und fiebert; niemals ohne dringende Anzeige Abführmittel, da sie so leicht die so höchst nöthige Ruhe stören. Brechmittel sind sehr oft wegen einer Gallencomplication nicht

---

1) Dieser ausgezeichnete Arzt hat bereits die Kleisterbinde gegen den Gelenkrheumatismus empfohlen. *Gouzée's* Behandlung des Gelenkrheumatismus mittelst absoluter Ruhe ist theilweise analog.

zu umgehen. Die Nahrung sei spärlich, milde; kühles Getränk, so viel als die Kranken wünschen. Je kühler es ist, um so weniger bedürfen dieselben zum Löschen des Durstes und zur Linderung der Fiebererregung, wo eine zu grosse Menge den lästigen Schweiss leicht vermehren kann. Eiscrêmen sind unschädlich und zweckmässig. — Erst nach dieser Behandlungsweise sind die *Narcotica* wirksam, besonders die sogenannten *kalten*, dann aber auch sehr häufig überflüssig. Gegen eine leicht folgende Steifheit, deren Ursache theils in dem längern Nichtgebrauche, theils in dem Leiden der Synovialhäute und der Muskeln des betreffenden Gliedes, sind am nützlichsten die erschlaffend wirkenden *thierischen Bäder*, *Cataplasmen*, *warme Oeleinreibungen* nebst mässiger, allmälig verstärkter *Bewegung*.

1. Am eilften November 1842 wurde N, ein kräftiger 32jähriger Mann, nachdem er von einer Fussreise heimgekehrt ein kühles Fussbad gebraucht hatte, von Geschwulst, Röthe und heftigem Schmerze der rechten grossen Zehe befallen. Die Nacht war schlaflos, nachdem zwei angelegte Blutegel gar keine Linderung gebracht hatten.

Am folgenden Tage war das Tibio-Tarsalgelenk, am Abende auch das Knie in gleicher Weise ergriffen; Fieber, grosse Unruhe. Besonders an dem letztern Gelenke war die Hyperkrinie nicht zu verkennen. Kleisterbinde. Lage des Kranken auf dem Rücken und des leidenden Gliedes in halber Flexion auf einem etwas mehr erhöhten Strohkissen. Eiscrême, gekochtes Obst. Die Nacht wurde besser zugebracht, da der Kranke ausser einer geringen Belästigung von der Binde gar keine Schmerzen empfand.

Am folgenden Tage musste die Binde auf's Neue umgelegt werden. Das Herz ist nicht ergriffen. In den nächsten vier Tagen wurde in der Behandlung Nichts geändert, und nur ein stets abnehmendes Fieber, welches sich am Abend besonders einstellte, bewies noch die Anwesenheit der Krankheit. Am achten Tage, wo weder der Druck auf die leiden-

den Gelenke noch die Bewegung Schmerzen hervorrief, wurde der Kranke als geheilt betrachtet und bloss aufgefordert, gegen die zurückgebliebene Steifheit ein oder das andere warme Bad anzuwenden.

Wenn aber der Anwendung der Kleisterbinde mehr oder weniger unzugängliche Theile ergriffen sind, wie z. B. die *Hüfte*, so muss der Kranke auf dem Bauche oder der gesunden Seite ruhen (wozu er aber auch schon durch seine Schmerzen geleitet wird) und man bringt auf den ergriffenen Theil einen mit kaltem Wasser befeuchteten Sandsack von verschiedenem Gewichte (von 10 bis zu 3 Pfd. abwärts). Durch ein ähnliches Verfahren, welches ich bei Bauern gesehen, wurde ich auf die Anwendung des *Sandsackes* geleitet; leidet nämlich ein Erwachsener an einem rheumatischen Uebel, so lässt er ein Kind auf den ergriffenen Theil stark treten. Dass dieses Verfahren nur eine rohere Anwendungsweise des Knetens oder Massirens ist, ist leicht ersichtlich; ob aber seine Wirksamkeit nicht vielleicht eher von einer Nerveneinwirkung abhängt, mag ich nicht entscheiden. Die Anwendung des Sandsackes ist dadurch verschieden, dass sie eine anhaltende sein muss. Im Uebrigen ist die Behandlung die oben dargelegte.

2) W., ein 20jähriger Gärtner, wurde im April 1843 auf dem Felde vom Regen überrascht, hielt die nassen Kleider auf dem Leibe und glaubte einer Erkältung entgegenzuwirken, wenn er bis zum tüchtigen Schwitzen angestrengt arbeite. Abends stellte sich Schüttelfrost, und als W. im Bette lag, der heftigste Schmerz in der linken Hüfte ein, welcher an den folgenden Tagen sich mit Geschwulst auf die Gelenke des Kniees und des Fusses derselben Seite verbreitete. Eine genaue Messung zeigte eine Verlängerung des kranken Gliedes von mehrern Linien. Die Kleisterbinde wurde von den Zehen an angelegt und endete in eine Spina coxae. Als aber dadurch der Schmerz in der Hüfte auf eine längere Dauer nicht ver-

mindert wurde, so ward ein feuchter und kühler Sandsack aufgelegt, der eine merkliche und anhaltende Linderung herbeiführte. Nichts destoweniger schleppte sich die Krankheit noch durch vier Wochen hin, weil der Kranke die dringendst empfohlene Ruhe nicht einhielt; endlich verschwand sie ganz nach dem Gebrauche von Zugpflastern und Dampfbädern.

3) Einem andern Kranken N., einem Kaufmanne, schwollen und schmerzten nach und nach alle Synovialhäute der Gelenke und Sehnenscheiden beider untern Gliedmaassen und des rechten Armes an. Alle drei wurden mit Kleisterbinden umwickelt und auf Strohkissen gelegt. Ausserdem wurde wegen der Erscheinungen der Hyperkrinie des Herzbeutels ein Zugpflaster auf die Herzgegend applicirt. Stuhl- und Urinentleerung geschah mittelst eines Steckbeckens. Am 14ten Tage vom Auftreten der Krankheit an, war vollständige Genesung.

Niemals beobachtete ich eine ungünstige oder nachtheilige Erscheinung im Verlaufe dieser Behandlung; ja ich wage sogar zu behaupten, dass sie allein im Stande ist, ein Weiterschreiten der Krankheit zu verhindern, weil sie dieselbe an dem zuerst ergriffenen Orte beseitigen kann. Es würde daher fast überflüssig sein, über die indirekten Mittel zur Beseitigung der Hyperkrinie zu reden, wenn es nicht thörichtere oder in anderer Beziehung unfolgsame Kranke gebe, die den Arzt geradezu nöthigen, mehrere Hilfsmittel zur Hand zu haben.

Zu diesen gehört aber nicht die Anwendung des *Messers* allein, wie etwa in der Hyperkrinie und exsudativen Hyperämie der Pleura nach *Schuh*, weil es weniger auf die absondernden Membranen, als auf das Sekret selbst wirkt. Das Einstechen eines schmalen Scalpels oder der Guerin'schen Abscesssonde in der Weise des Unterhautschnittes ist ungefährlich, wie ich in zwei Fällen von Eiterung im Kniegelenke zu wiederholten Malen gesehen habe. Ich würde daher keinen Anstand nehmen, gegen so ausgebildete Hyperkrinieen, dass sie nicht den leisesten Druck vertragen, das Messer in dieser

Weise und dann die Kleisterbinde anzuwenden. Der Unterhautstich in Verbindung mit der Compression muss aber in solchen Fällen, wo sich Abscesse bilden, wie sie *Stoerck* beschrieben hat, durchaus unerlässlich sein. — Die wirksamsten und selten fehlenden indirekten Mittel zur Beseitigung der Hyperkrinie sind dagegen die *Zugpflaster*.

Die Erscheinungen, welche man nach der Anwendung der Zugpflaster auf der Haut bemerkt, sind die anatomischen Phänomene der *exsudativen Hyperämie*. Da diese sich aber niemals über jenen Raum hinaus erstrecken, welcher von dem Pflaster bedeckt gewesen ist, so muss man annehmen, dass die Vesicantien vorzüglich in die *Tiefe* wirken, dass man sie daher am besten auf die Haut des leidenden Theiles legt. So sagt *M. Stoll* (rat. med. p. I): „Wo eine örtliche Ablagerung des rheumatischen Stoffes war und in diesem Theile ziemlich fest haftete, da wurde mit dem besten Erfolge ein Vesikans der leidenden Stelle *so nahe wie möglich* gelegt.“ An einem andern Orte drückt er sich in folgender Weise aus: „Wir wissen freilich den eigentlichen Grund nicht, wesshalb trotz der Anwesenheit eines und mitunter sehr heftigen Fiebers ein so höchst reizendes Mittel wie das Spanischfliegenpflaster Schmerz und Fieber hebt; aber eine getreue Beobachtung der Thatsachen, die sich anders, als wir vorausgesetzt, verhielten, heisst selbst unsere schönsten Hypothesen schweigen.“ — „Wie aber passt der Reiz der Canthariden zu jener phlogistischen Kruste, die vorzüglich dieser Form der Pleuritis eigenthümlich und deren Dicke zu den diagnostischen Zeichen gehört? Wir kennen alle diese Schwierigkeiten und überlassen Andern sie zu beseitigen!“

Wenn es feststeht, dass unsere Mittel, wenn man nicht geradezu an eine Empirie glauben will, den zu beseitigenden Erscheinungen gewissermaassen equal sein müssen, so dass man gegen eine Pneumonie nicht einige Blutegel, sondern den Aderlass anwendet u. s. w., so dürfen wir behaupten, dass

zwischen den Vesicantien und den hier betrachteten Erscheinungen eine solche Uebereinstimmung herrsche. 1) Ihre *Ausdehnung* in die Fläche entspricht der Form des ergriffenen Theiles, der eine Membran, eine *seröse Ausbreitung* ist. 2) Sie rufen eine exsudative Hyperämie der Haut hervor, die, weil sie nur, wie oben dargelegt worden, in die Tiefe wirken, die untern Theile eines Theiles ihres Blutgehaltes, ihres Plasma's beraubt; eine Voraussetzung, die in der Porosität der Gewebe ihre hinlängliche Begründung hat, und sich also auch auf die Hyperkrinie anwenden lässt. 3) *A. Stoerck* erzählt Beispiele, wo nach einer örtlichen Ansammlung von Serum die Heilung erfolgte. Deswegen nun und wegen des unter Nummer 2 dargelegten Grundes ist die in Folge einer solchen Ableitung eintretende Exsudation keineswegs für gering anzuschlagen, indem schon *Stoll* und *Stoerck* bemerkt haben, dass *Senfteige*, also blosse Hyperämie bewirkende Mittel, jene heilende Wirksamkeit nicht theilen. 4) Die durch die spanischen Fliegen bewirkte exsudative Hyperämie kann so lange unterhalten werden, als es für dienlich gegen das Leiden der Synovialhäute erachtet wird. — Man kann dann wie einige Aerzte aus neuester Zeit und ich selbst erfahren haben, die spanischen Fliegen geradezu auf die über den Synovialmembranen befindliche Haut legen. Dass aber ihre Wirksamkeit sich gegen Leiden der eigentlichen serösen, als mehr permeabeln, Häute besonders erfolgreich zeigen müsse, wo ausserdem die vorigen Mittel keine Anwendung finden können, ist begreiflich.

2. Hyperämischer äusserer Rheumatismus.

Heilanzeige ist die Entfernung der örtlichen Hyperämie. Man erfüllt sie durch Anwendung solcher Mittel, welche expandirend auf den ganzen Körper wirken und vorzüglich eine Hyperämie mit Sekretion der in dieser Form besonders trockenen und dürren Haut hervorbringen. Wo also der Schmerz sehr flüchtig von einer Synovialhaut zur andern übergeht,

wendet man ein *warmes Bad*, oder *Dampfbad* nebst *Kneten* und *Massiren*, oder auch *Schweissbefördernde* Mittel an. Am wirksamsten sind unzweifelhaft die Dampfbäder. Doch schliesse man daraus nicht, dass bei diesem Heilverfahren etwa ein *ätiologischer* Grund obwalte. Nur eine ganz verkehrte Logik kann die Einwirkung einer plötzlichen Kälte und die Erscheinungen des Rheumatismus für identisch halten; dass es bei einer durch Erkältung als wahrscheinliche Ursache entstandenen Krankheit an Schweiss nicht zu fehlen brauche, ist durch den hyperkrinischen Rheumatismus hinlänglich bewiesen. Wir empfehlen im hyperämischen Rheumatismus die *Wärme* und das *Schwitzen*, den gewöhnlichen Terminus zu brauchen gradezu als Derivantia, Expandentia, Relaxantia, um die *örtliche Blutstockung* zu zertheilen, nicht aber in irgend einer ätiologischen Rücksicht für die äussere Veranlassung. Wird das Leiden so nicht beseitigt, so wende man solche Mittel an, die eine länger andauernde Hyperämie in der Haut bewirken, Senfteige oder noch besser *Zugpflaster*. (Man vergl. die Heilungen von *Stoerck*, *Stoll* u. A.)

Ueber die von *Froriep* empfohlene Elektricität habe ich keine Erfahrungen.

II. Behandlung des allgemeinen Rheumatismus.

Die Grundsätze, welche uns bei Behandlung des äussern Rheumatismus geleitet haben, müssen im Allgemeinen auch bei der Behandlung des mit ihm verbundenen innern Rheumatismus maassgebend sein; doch gibt es noch einige Rücksichten, welche besonders hervorzuheben nöthig ist: 1) Wenn die Leiden der synovialen Häute wegen der von ihnen bekleideten Organe und auch wegen ihrer selbst weniger gefährlich sind, so kann dieses nicht von den serösen Membranen gesagt sein, die höchst lebenswichtige und sich dann im Zustande sekundärer Hyperämie befindende Eingeweide einhüllen. Daher muss die allgemeine Anzeige diese mit berücksichtigen. 2) Was von den

synovialen Häuten und den serösen Ueberzügen der Höhlenwände gilt, dass sie im Bereiche der Capillarität und entfernt von dem Centrum des Blutkreislaufes sind, kann nicht von den serösen Häuten gesagt werden, die so häufig sehr gefässreiche Organe einschliessen. Es ist dies ebenso vortheilhaft als schädlich; — das erstere, weil allgemeine Blutentleerungen dann eine fast direkte Einwirkung haben können; schädlich weil das Leiden um so gefährlicher wird. 3) Die Behandlung richtet sich ferner danach, ob der äussere Rheumatismus noch besteht oder bereits aufgehört, ob man den Aderlass schon vorläufig angewendet hat oder nicht. Natürlich ist sie schwieriger, wenn man die verlässlichsten Mittel, wie allgemeine Blutentziehungen, schon früher in sehr reichliche Anwendung gezogen. 4) Man gebe sich niemals der trügerischen Hoffnung hin, dass man etwa nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche den Rheumatismus von *Innen* nach *Aussen* leiten könne. Eine solche Voraussetzung beruht auf der Annahme einer „*Metastase*“ und ist durch keine Erfahrung zu bestätigen. Wir haben dagegen schon oben gezeigt, dass die nach dem Aufhören des äussern Rheumatismus entstehenden Erscheinungen auf den serösen Häuten weit tiefer in die Gewebe eingreifende sind, dass ferner unsere gewöhnlichen Ableitungsmittel niemals unmittelbar in die Breite sondern stets zunächst in die Tiefe wirken. Man vergleiche damit das oben über die Wirkung der *Blasenpflaster* Gesagte und die von *Andral* mitgetheilten Fälle, wo sie, wenn sie gegen Leiden der Pleura oder des Perikardiums auf Schenkel oder Arme gelegt wurden, durchaus keine Besserung bewirkten.

1) *Blutentleerungen.* Das Hauptmittel gegen die Leiden der serösen Ueberzüge bleibt immer der *Aderlass*, weil die von ihnen umhüllten Organe wie Gehirn, Lungen, Herz, Därme sich im Zustande sekundärer Hyperämie (engouement) befinden. Indem er wegen ihres grossen Gefässreichthumes auf dieselben (besonders auf die Lungen) direkt einwirkt, und wie

wir annehmen dürfen, durch die hervorgebrachte Verminderung ihres Volumens und des Blutes selbst die Resorption steigert, so muss er sich besonders erfolgreich gegen die Ergiessungen bewähren. Da aber ferner die serösen Höhlenwände am häufigsten mitleiden, die in dem Bereiche der Capillarität sich befinden, so kann man der örtlichen Anwendungen nicht entbehren. Unter diesen nehmen

2) *Die Blasenpflaster*, wieder die erste Stelle ein. Ueber ihre Wirkungsweise haben wir oben hinlänglich berichtet; sie sind weder durch Blutegel noch durch Schröpfköpfe zu ersetzen. Die letztern wie auch die Senfpflaster finden ihre zuverlässigste Anwendung bei den einfachen Hyperämieen der serösen Bekleidungen der Höhlenwände, doch stehen sie den Vesicantien nach.

3) *Arzneien.* Sie werden nach folgenden Grundsätzen zu wählen sein: a) Zur Beseitigung etwaiger Complicationen. b) Zur Ableitung auf die Colatorien. c) Zum Hervorbringen succursaler Colatorien. Die Arzneien der ersten Klasse sind vorzüglich *Brechmittel*, die die treffliche Nebenwirkung haben, die allgemeine Aufregung und die Blutstockungen zugleich zu vermindern; doch haben sie eine bestimmte Gegenanzeige in den Leiden der *serösen Darmhäute.* Die ableitenden Arzneien sind *Salpeter* [1]), *Colchicum*, *Digitalis* u. s. w., deren Wirkung ich aber nicht so wie Andere zu preisen veranlasst bin. Meines Erachtens verdienen ausser den unter 1 und 3 angegebenen Heilweisen nur der *Brechweinstein* und das *Quecksilber* (und zwar dieses bis zum Speichelfluss) das Vertrauen der Aerzte. Die Wirksamkeit des letztern ist erklärlich genug, wenn man bedenkt, dass es der übergrossen Faserstoffmenge des Blutes mehr als der Aderlass entgegenwirkt und ausser den natürlichen Sekretionen der Nieren und des Darmes auch die Sekretion der Speicheldrüsen ganz besonders

1) Die defibrinirende Wirkung des Salpeters auf das Blut ist noch nicht hinlänglich dargethan.

erregt. Die Empirie hat dieses zum Ueberflusse bestätigt. Die Diät ist eine äusserst spärliche, das Verhalten des Kranken das Oben auseinandergesetzte.

1. Hyperkrinie der Arachnoidea. [1])

Ein tüchtiger Aderlass und zwar aus einer grossen Oeffnung. Ein Blasenpflaster in den *Nacken*, auf den *Hals*. Calomel in grossen Gaben. Erhöhte Lage des Kopfes. Halbdunkeles Zimmer.

2. Hyperkrinie der Pleura.

Grosser Aderlass. Ein grosses Blasenpflaster auf die leidende Bruststelle. Calomel oder Quecksilber jedes in grossen Gaben; wenn Speichelfluss erschien, war die Krankheit gebrochen. Reichliches Getränk. — Bei starker und gefährlicher Ergiessung Punktion nach *Schuh* und A.

3. Hyperämie der Lungenpleura.

Aderlass. Brechweinstein in grossen und häufigen Gaben nach *Laënnec* und *Peschier*. Grosses Blasenpflaster. Herabstimmende Arzneien.

Dieselbe Behandlung bei der

4. exsudativen Hyperämie der Pleura.

Bei vorgerückterer, nicht gänzlich entschiedener Krankheit Quecksilber mit Opium. Punktion?

5. Hyperämie der Rippenpleura.

Blasenpflaster, warmes Bad. Schwitzen.

6. Hyperkrinie des Herzbeutels.

Bei geringer Ergiessung ein Blasenpflaster, Brechweinstein und dann Calomel. Bei reichlicher Ergiessung Aderlass nebst den eben angeführten Mitteln. Bei drohender Verschleppung Quecksilber mit Opium. (Punktion des Herzbeutels?)

---

1) Vergl. die Beschreibung der betreffenden Krankheiten in den bessern Therapieen.

7. Exsudative Hyperämie des Herzbeutels.

Grosser Aderlass bis zur Ohnmacht; breites Blasenpflaster auf die Herzgegend. Calomel mit Digitalis; scharfes Klystier. Was das empfohlene *Auflegen* von *Eis* betrifft, so gestehe ich, seine Wirksamkeit, die ich aber auch nicht erprobt, mir nicht erklären zu können. Die Behandlung muss eine beherzte, zusammenhängende sein. Gegen drohende Verschleppung Calomel oder Quecksilberjodür mit Opium und einem Blasenpflaster.

8. Hyperämie des Endokardiums.

Schweissmittel. Blasenpflaster auf die Herzgegend.

9. Exsudative Hyperämie des Endokardiums.

Behandlung wie der Perikarditis.

10. Hyperkrinie des Peritonäums.

Aderlass je nach der Menge der Ergiessung oder Blutegel an den After. Grosses Blasenpflaster. Brechweinstein, Calomel. Klystire.

11. Einfache Hyperämie.

Warmes Bad, Blasenpflaster. Opium.

12. Exsudative Hyperämie.

Grosser Aderlass. Blasenpflaster. Calomel. Klystire. Eisaufschläge.

Anhang I.

Einiges über den Unterschied zwischen Rheumatismus und Gicht.

Es bedarf wohl keines weitern Beweises, dass das Wort „*Gicht*“ (goutte) wie auch *Rheumatismus*, *Entzündung* u. s. w. eben nur eine Bezeichnung aus der Kindheit der Pathologie ist, die man gewiss ohne Schaden für eine andere, niemals aber für den Ausgangspunkt irgend einer nosographischen Untersuchung nehmen darf. Es gibt nun eine Reihe von Erscheinungen, die mit den rheumatischen einige Aehnlichkeit haben, aber auch wiederum von diesen wesentlich verschieden sind, die man ferner mit sehr verschiedenen Namen belegt, oft mit dem Rheumatismus identificirt hat. Wir wollen, ohne uns in eine weitläufigere Beschreibung dieser Erscheinungen, weil ein eigenes Buch erfordernd, nicht einlassen und nur noch einmal das herausstellen, was dem Rheumatismus wesentlich, was rheumatisch ist; leichter wird es dann, alle jene Symptome von ihm zu scheiden, die nur eine äussere Aehnlichkeit mit ihm haben.

Processe, wie sie die Chemiker hervorzubringen verstehen, gibt es in der Pathologie bis jetzt nicht; wir kennen blosse Erscheinungen, und ohne Grund spricht man daher von einem *rheumatischen*, *arthritischen* u. s. w. Processe. Alle Erscheinungen nun, welche *rheumatische* genannt werden sollen, müssen in oder auf den *serösen* oder *synovialen* Häuten erscheinen; Symptome dagegen, welche in andern Geweben

auftreten, sind wesentlich *nicht rheumatische*. Erscheinungen nun, die aus unbekannter Ursache in dem *fibrösen* Systeme, nicht aber in dem serösen, wesentlich und unmittelbar auftreten, darf man wohl *Gicht*, *Podagra* (Arthritis), niemals aber ohne Nachtheil *Rheumatismus* nennen und für denselben halten.

Anmerkung. Die Schriftsteller seit *Morgagni* und *Tralles* haben vorzüglich des Letztern Irrthum nachgeschrieben, dass *Ballonius* zuerst zwischen *Gicht* und *Rheumatismus* unterschieden habe, wo er sagt: „Der Gliederschmerz wird fälschlich Katarrh genannt, und besser kann man ihn nach Andern Rheumatismus nennen.“ — Aber *Hieronymus Sachetus* stellt schon in seiner „retractatio de podagricis et arthriticis morbis Brixiae 1586“ fest: „Die podagrischen Krankheiten sind der Sache und dem Worte nach verschieden von den arthritischen Krankheiten und auch darin, dass das Podagra unter den podagrischen Krankheiten die bemerkenswertheste und hervorragendste ist. Podagrische Krankheiten nennt er aber nicht nur jene, welche nicht nur die Füsse, sondern auch aller Theile Gelenke einnehmen, und er glaubt, dass dieses wegen der Analogie geschehe, welche sie mit dem Podagra haben, dass sie seiner Bewegung folgen und zu jenen gehören, welche zu bestimmten Zeiten wiederkommen. Ausserdem tadelt er ziemlich heftig den *Galen* und die übrigen Aerzte, weil sie aus Nachlässigkeit den Unterschied der podagrischen von den andern Gelenkkrankheiten nicht angegeben und den Gelenkkrankheiten nicht eine gemeinsame Gattung zugetheilt“ u. s. w. (Mehreres s. in Joannis Loseli de podagra tractatus 1643).

Anatomischer Unterschied der Gicht und des Rheumatismus. In dem *fibrösen* Systeme treten die formellen und funktionellen Erscheinungen der *Gicht* auf. Darüber bemerkt *Morgagni* in seinem 57ten Briefe: „*Fernelius* beweist, dass die gichtische Ergiessung (humor) *niemals* oder *höchst selten in die Gelenkhöhlen eindringe*, sondern in den umliegenden Bändern, Häuten und Sehnen stehen bleibe, dadurch unter

Andern, dass in dem knotigen *Podagra* oder *Chiragra* der in Stein bereits konkrescirte Erguss durch die geöffnete und durchbohrte Haut aus den Fingergelenken herausgebracht wird, indem das *Kapselband meist unversehrt* und *unverletzt ist.*“ — Dagegen sind immer die Erscheinungen des Rheumatismus *innerhalb* der serösen oder synovialen Säcke. 2) Jene Kalkkonkretionen, auf welche *Fernelius* hindeutet, erscheinen gewöhnlich auf dem *fibrösen* und *elastischen* Gewebe, (äusserst selten aber auf den serösen und synovialen Häuten) so dass sie z. B. nur unter der innern Haut der Arterien liegen. 3) Es ist das Wesen des Rheumatismus, sich mehr in die *Fläche* als in die *Tiefe* auszubilden, d. h. im Zustande der Hyperkrinie und einfachen Hyperämie sich über mehrere seröse oder synoviale Häute zu verbreiten, wogegen die Gicht sich zunächst auf ein Gebiet des fibrösen Systemes beschränkt. 4) Der Rheumatismus ist eine selbstständige Krankheit des gesammten *serösen Systemes* und die *Blutveränderung in demselben* ist, wie oben hinlänglich gezeigt worden, *sekundär* und *nicht konstant*; dagegen wird die Gicht in ihrem örtlichen Auftreten an den Gelenken nur als Folge einer *allgemeinen*, mit der Steinkrankheit zusammenhängenden *Säfteumänderung* betrachtet. 5) Es ist leicht einzusehen, dass Rheumatismus und Gicht vorzüglich da auftreten müssen, wo die ihnen nothwendigen Gewebe besonders entwickelt sind. Daher ist's zu erklären, warum jener vorzugsweise an den grössern, diese an den kleinern Gelenken auftritt. 6) In den 32 von uns mitgetheilten Fällen von Rheumatismus liessen sich die vorgefundenen Erscheinungen der fibrösen Häute nur unter ausnahmsweisen Verhältnissen (Skrofulosis) nachweisen. Ist desshalb an ein gewöhnliches gegenseitiges Ausschliessen zu denken?

Symptomatischer Unterschied. 1) Das akute rheumatische Leiden der fibrösen und synovialen Häute hat *den nachlassenden*, dagegen der ähnliche Zustand der fibrösen Häute den *anhaltenden* Charakter. 2) Der *einfach-hyperämische* Rheu-

matismus, der allein mit einem Leiden der fibrösen Häute verwechselt werden kann, ist äusserst flüchtig; dieses steht keineswegs von den Leiden des fibrösen Systems fest. 3) Bei dem Leiden des fibrösen Systemes geht der Schmerz der Geschwulst vorher und wird durch ihre Entstehung gelindert. Selten wird dieses in dem einfach-hyperämischen, niemals in dem hyperkrinischen Rheumatismus beobachtet. Bei dem letztern findet sogar das Umgekehrte Statt, dass der Schmerz sich nach der Geschwulst richtet. 4) Eine grosse Aehnlichkeit mit der *Syphilis* hat die *Gicht*, nachmitternächtliche Steigerung der Schmerzen, Bildung von Knochenhautgeschwülsten, Ursprung vom Schleimhautsystem. 5) Der Rheumatismus geht gern von Aussen nach Innen; der Ursprung der örtlichen Gicht ist immer im Bauche oder im Nervensystem. 6) Der Rheumatismus ist am häufigsten im *Jünglings-* und *frühen Mannesalter;* die Gicht dagegen im *spätern*, wo die *Kalkablagerungen* überwiegen. 7) Die örtliche Gicht ist gleichsam eine momentane Krise, der Rheumatismus eine selbstständige Krankheit des serösen Systemes. 8) Gicht wie Steinkrankheit gelten für erblich, nicht so der Rheumatismus. 9) Der Gicht folgt leicht Apoplexie (coup de sang) durch Bersten der verknöcherten Hirnarterien; im Rheumatismus ist blosse seröse Ausschwitzung im Hirn, wenn es zur Leichenuntersuchung kommt. 10) Der Rheumatismus ist durch eine örtliche Behandlung gänzlich zu heilen; die Gicht verlangt vorzugsweise eine Behandlung der Blutumänderung. 11) Der Schmerz des Rheumatismus wird durch Kälte gelindert, der gichtische immer gesteigert. — Was *Froriep* demnach als rheumatische Knochenhautschwiele darstellt, kann, wie aus seinen eigenen Worten hervorgeht, nur als gichtisch bezeichnet werden:

„IV. Endlich habe ich auch Exsudationen auf und in dem Periosteum beobachtet. — *Knochenhautschwielen.* — Selten sind diese rein für sich bestehend; gewöhnlich sind sie mit Exsudationen der oberflächlichen Zellgewebsschicht unter der

Haut, bisweilen mit Exsudation in der Cutis selbst verbunden. Sind solche Complicationen nicht vorhanden, oder sind sie beseitigt, so fühlt man auf irgend einer Stelle eines oberflächlichen oder auch eines tiefliegenden Knochens eine, ungefähr eine halbe Linie betragende, breite Erhöhung, etwa von der Ausdehnung eines Thalerstücks und darüber. Die Auftreibung sitzt unverkennbar auf der Knochenoberfläche selbst, kurz sie ist nichts, als ein sogenannter rheumatischer Tophus. Die begleitenden Erscheinungen, soweit sie durch das Auge und durch das Gefühl erkannt werden können, hängen mehr von den complicirenden Exsudationen in den darüber liegenden Gewebsschichten ab. Es ist nur eine Erscheinung, welche sich auf die Knochenhautexsudation selbst bezieht, dies ist der Schmerz, welcher hier immer sehr heftig und reissend zu sein pflegt, gewöhnlich das ganze Glied einnimmt und darin vielfach wechselt, aber an der Stelle des Tophus immer seinen Ausgangspunkt hat, an welchem er auch bei weitem am heftigsten ist. Gegen Druck ist die Stelle, in der Regel nicht empfindlich; dagegen zeigt die angeschwollene Stelle der Knochenoberfläche eine besondere Empfindlichkeit gegen den electrischen Reiz, so dass man sogar im Stande ist, durch die Empfindlichkeit beim Electrisiren den Sitz eines solchen Tophus zu ermitteln. Diese Steigerung der Empfindlichkeit beschränkt sich genau auf die Ausdehnung der Exsudation und äussert sich hauptsächlich durch ein auf diesen Stellen an das Unerträgliche gränzendes Brennen. Ein anderes, jedoch nicht constantes, Symptom, welches sich auf den rheumatischen Tophus speciell bezieht, besteht in dem Gefühle, worüber der Kranke klagt, — dass es ihm sei, als wenn an der betreffenden Stelle das ganze Glied quer durchgebrochen, oder, wie es bisweilen ausgedrückt wird, querdurch-gelähmt sei. Es gehören übrigens die mit Knochenschwitzung verbundenen Fälle zu den heftigsten und hartnäckigsten rheumatischen Leiden, welche nicht selten den Schein einer Neuralgie oder eines tiefen localen Knochenleidens

annehmen und eine sehr energische und lange fortgesetzte Behandlung fordern, deren Aufgabe es immer nur ist, die Resorption der Exsudationen zu bewirken. Es ist zu bemerken, dass diese rheumatischen Tophi bisweilen eine zu Anfang gestellte Prognose zu Schanden bringen, indem man nach den vorgefundenen Exsudationen in dem Unterhautzellgewebe, wodurch der Tophus verdeckt wurde, vielleicht schloss, dass man die Heilung in vierzehn Tagen zu Stande bringen werde, während man nun in 14 Tagen erst bemerken kann, dass unterhalb der Zellgewebsexsudation auch noch eine Knochenhautschwiele vorhanden war, deren Beseitigung ebenfalls zur Heilung erforderlich ist, aber mehr Zeit in Anspruch nimmt, als die oberflächliche Exsudation. Exostosen, in Folge solcher rheumatischer Tophi, habe ich niemals gesehen.“

Aehnlichkeit beider Krankheiten: 1) In beiden Krankheiten leiden vorzüglich die Gelenke. 2) Röthe und Hitze, wo sie zugegen sind, sind dieselben. 3) Die Unbeweglichkeit im hyperkrinischen Rheumatismus ist zwar anscheinend dieselbe, wie in der Gicht, aber nicht wie in dieser von Kalkablagerungen bedingt. 4) Wo mehrmals Gicht gewesen war, sind oft mehrere Gelenke anchylosirt. Die Art des Entstehens, die Härte der Anchylosen zeigen dann den gichtischen Ursprung.

Anhang II.

Krankheitsgeschichten und Leichenbefunde.

Sie sind nach der Reihenfolge geordnet, und auf diese beziehen sich die Seite 24—33 aufgeführten Zahlen.

Fall von Hyperkrinie im Peritonäalsacke.

1) *Morgagni*, Brief 38 der Fall einer Frau [1]): „Eine Frau von ungefähr 30 Jahren, wurde nach langwierigen Gliederschmerzen von einem reichlichen und feuchten Krätzausschlage ergriffen, den sie nach dem Rathe eines Quacksalbers mit einer Salbe behandelte. So trocknete die Krätze binnen kurzer Zeit ab; es entstand aber ein akutes Fieber von ungeheurer Hitze, Durst und den heftigsten Kopfschmerzen begleitet. Zu diesem gesellte sich Delirium, heftige Athembeschwerde, leichte Geschwulst des ganzen Körpers, ansehnliche Anschwellung des Bauches, grosse Unruhe und endlich der Tod am sechsten Tage, nachdem das Fieber aufgetreten war. Wenn man mit dem Skalpell in Haut und Fleisch schnitt, so kam kein Wasser heraus, so dass offenbar jene allgemeine Geschwulst, von der gesprochen worden, nicht wie ein Ödem oder Anasarka gewesen ist, was auch die Füsse bewiesen, indem der Fingerdruck auf denselben keine Spur zurückliess. Der Bauch war

1) Dieser Fall, obgleich als der erste aufgeführt, ist zu unvollständig erzählt, um auf ihn allein Etwas zu begründen. Jedenfalls widerstreitet er nicht den durch die übrigen Krankheitsgeschichten gewonnenen Resultaten.

auch geschwollen und sehr gespannt. Nach Eröffnung desselben drang nicht Wasser, sondern der Magen und die Eingeweide hervor, welche nichts als Luft enthielten, wodurch sie so ausgedehnt waren, dass der Magen mehr als die Hälfte der Bauchhöhle ausfüllte. In dieser Höhle aber fand man ein oder zwei Pfund klares Serum, welches zuerst durch die Kraft des Feuers zu gerinnen schien, hernach aber sich fast wie das Wasser des Perikardiums verhielt, ausser dass es auf dem Grunde des Gefässes ein gelbliches Häutchen zurückliess. Die Lungen waren mit der Pleura verwachsen.

Fall von Hyperkrinie der Arachnoidea.

2) (*Stoll* ratio medendi) bei *Latour* und *Chomel.*

„Ein Kranker, der seit 14 Tagen wegen eines rheumatischen Fiebers das Bett hütete, wurde plötzlich von Delirium ergriffen, fiel dann in eine apoplectische Schlummersucht und starb in wenigen Tagen. Man fand eine beträchtliche Menge ergossener Flüssigkeit zwischen beiden Meningen und in den Seitenventrikeln; auch fand man ein serös-sanguinolentes Exsudat unter dem *Tentorium cerebelli.*“

Fall von exsudativer Hyperämie mit falschen Häuten in der Pleura.

3) (*Stoll* rat. med. bei *Latour* S. 219).

„Ein Weber von 39 Jahren wurde alljährlich gegen das Ende des Herbstes von einem rheumatischen Fieber befallen, das immer einige Wochen dauerte. Vor drei Jahren erholte er sich bei Annäherung des Frühlings von einem 9 Monate lang angehaltenen viertägigen Fieber, wobei er nur Mittel gegen einen heftigen Husten gebrauchte, um den Auswurf zu befördern. Dieser Husten hatte ihn während des Fiebers bereits ein halbes Jahr belästiget und die Mittel waren nach seiner Angabe Brustkräuter.“

„Von jener Zeit an genoss er eine gute Gesundheit.“

„Am 22. Januar 1779 bekam er früh, nachdem er am vorigen Abend mehr als gewöhnlich gegessen und getrunken

hatte, abwechselnd Frösteln und vermehrte Wärme, die bald in anhaltende trockene Hitze überging und die ganze Krankheit hindurch anhielt. Er blieb nicht im Bette, sondern schleppte sich herum, ohne seine gewöhnlichen Arbeiten verrichten zu können, und fühlte in allen Gliedern rheumatische Schmerzen.“

„Den 24. stand er nicht auf und nahm aus eigenem Antrieb Myrrhen-Pulver in Wasser. Alles verschlimmerte sich.“

„Am 27. wurde der Anfangs unbedeutende Husten heftig, lästig, vorzüglich in der Nacht und war mit beschwerlichem, klebrigen Auswurf verbunden. Seiner Aussage nach hatte er an diesem Tage ein schmerzhaftes Stechen in beiden Hypochondrien empfunden, das jedoch nicht sehr heftig war und nur bei tiefem Einathmen oder starkem Husten gefühlt wurde.“

„Am 28. liess er sich zu Hause eine Aderlass machen, die gegen Abend wiederholt wurde.“

„Den 29. kam er ins Spital. Die rheumatischen Gliederschmerzen verschwanden noch an diesem Tage; die Stimme war vom Anfang an rauh. Der Kranke hatte bis daher viel Durst, ein stumpfes Kopfweh, nicht viel, doch eben keinen verdorbenen Geschmack, keine Esslust, eine feuchte, weisslich belegte Zunge und konnte auf beiden Seiten gleich gut liegen. Auf der Brust fühlte er weder Schmerz noch Beklemmung und auch die Hypochondrien waren jetzt unempfindlich; allein er spürte viel Beängstigung in den Gedärmen und der Puls war voll und stark. Er bekam von einem erweichenden Getränk mit Salpeter häufig lauwarm zu trinken.“

Den 30. Januar wurde zur Ader gelassen; das Blut bekam eine sehr dicke, zähe, nicht zusammengezogene Haut; der Urin war roth. Die ersten Mittel wurden fortgesetzt und auf den Unterleib ein Ueberschlag gelegt, allein ohne Linderung; die Leibesöffnung ging gehörig von statten, der Puls und die Beängstigung blieben wie vorher.“

„Den 31. keine Besserung. Es wurde abermals eine Ader geöffnet und das Blut hatte ein starkes, zähes, grosses und

gelbes Entzündungsfell. — Dieselben Mittel. (Als er zu uns kam, schien sein Gesicht, bis auf die Augen, etwas gelb zu sein, diese waren schön weiss und die ganze Haut natürlich). Heute bemerkten wir eine geringe Gelbsucht über den ganzen Körper; Puls und Zunge waren wie vorher; in der Nacht stellte sich ein sehr beschwerlicher, anhaltender, fast ganz fruchtloser Husten ein; der Urin war roth, das Athmen leicht und ausser dem Husten schmerzlos."

„Den 1. Februar konnte man die Gelbsucht deutlicher bemerken; das Athmen war rasselnd und röchelnd, von kurzem Husten begleitet; der Puls immer voll, ungleich und hart. Es wurde noch ein Aderlass gemacht und das Blut hatte ein weit stärkeres Entzündungsfell, von der nämlichen Beschaffenheit wie vorher; der Urin war dunkelgelb; der Kranke fühlte eine unbeschreibliche Angst in den Gedärmen, aber keine Schmerzen und konnte auf beiden Seiten ohne Beschwerden liegen; seine Stimme blieb rauh, der Stuhlgang erfolgte leicht und er wünschte sich oft den Tod wegen der Angst."

„Den 2. Februar früh verschied der Leidende am eilften Tage der Krankheit. Der Puls blieb immer hart und stark; die Stimme war fast ganz verschwunden und die Extremitäten wurden schon etliche Stunden vor dem Tode kalt. Der Kranke war bis ans Ende bei Verstand; die Leibesöffnung ging immer von statten und die Stühle waren immer gallicht."

„*Leichenöffnung.* Die ganze rechte Lunge war stark entzündet, hart, schwer und fleischicht; sie hing stark am Rippenfell und am ganzen Umfang des Zwerchfelles an; diese ganze Lunge war mit einer festen Membran umgeben, die eine halbe Linie dick und mit einer grossen Menge rother Gefässe durchwebt war. Sie bestand aus 2 Lamellen, die sich leicht von einander trennen liessen, und wovon jede eine besondere dichte, mit vielen blutreichen Gefässen durchflochtene Membran darstellte. Das Rippenfell und die äussere Lungen-Membran waren von diesen fremdartigen Häuten vollkommen unterschieden und man

konnte sie weder für eine Ausartung der ersten noch der andern halten.“

„An dem obern und hintern Theil der Brusthöhle war das Rippenfell sehr entzündet.“

„Die entzündete Lungensubstanz sah entzweigeschnitten grau-roth aus.“

„Die innere Fläche der Luftröhre, der Bronchien und ihrer Aeste war sehr roth und entzündet.“

„Die linke Lunge war gesund und überall durch etwas lange aber starke Bänder an das Rippenfell befestiget.“

„Die Leber war sehr gross, rothgelb, beim Durchschneiden ungewöhnlich hart; sie reichte bis ins linke Hypochondrium und füllte die ganze epigastrische Gegend aus.“

„Die Gallenblase enthielt wenig Galle die sich ziehen liess, zähe und dunkelgelb war; die Gallengänge waren bis zum Zwölffinger-Darm ganz frei und man konnte die Galle durch den leisesten Druck in diesen Darm bringen.“

Fall von hyperkrinischen Ergüssen.

4) und 5) (*Stoerck* annus medic. secund. bei *Latour* S. 260).

„Bei 2 Kranken nahm das Fieber und die rheumatische Geschwulst ab, und sogleich stellte sich Beängstigung, Sprachlosigkeit, ein soperöser Zustand und tiefes Athmen ein; der Puls wurde klein, zitternd, ungleich; das Gesicht missfärbig; die Gliedmaassen kalt und nach 24 Stunden starben die Kranken.“

„Die Leichenöffnung zeigte eine grosse Menge gelber, gallertartiger Materie zwischen der Lunge und der sie umgebenden Membran, und die Lungen waren ganz klein zusammengezogen. Zwischen der weichen Hirnhaut und dem grossen und kleinen Gehirn fand man dieselbe Materie mit der auch die vordern Gehirnhöhlen angefüllt waren; die Herzhöhlen waren von geronnenem Blute ausgedehnt.“

„Derselbe Schriftsteller erzählt folgenden Fall: Ein seit 14 Tagen an einem rheumatischen Fieber krankliegender Mann,

fiel plötzlich in ein Delirium; dies ging in einen apoplektischen Sehlaf über und der Kranke starb kurz darauf.“

„Man fand viele wässeriehte Feuehtigkeit zwisehen den beiden Gehirnhäuten und in den Seitenhöhlen und ein blutiges Wasser unter der Seheidewand.“

Fall von Hyperkrinie in der Pleura.

6) (Derselbe Schriftsteller).

„In der Mitte der rechten Lunge fand man einen Saek, der fünf Pfund gelbes, wenig salziges Serum enthielt.“

Fall von Pericarditis, Pleuritis, Diaphragmatitis.

7) (*Latour j.* S. 213—15)

„Mirabeau, ein starker, lebhafter Mann von einer athletischen Gestalt und einer ganz robusten Constitution, litt an einem Rheumatism, dessen Anfälle in Rücksicht ihrer Heftigkeit mitunter den Gicht-Paroxysmen ähnlich waren. Nach mehreren Colikanfällen bekam er einen so heftigen Brustkrampf, dass er seehs ganzer Stunden lang in der grössten Lebensgefahr schwebte. Aderlassen und Blasenzüge schafften endlieh Ruhe, das Athmen wurde freier und der Puls näherte sich dem Normal-Zustande. Am andern Tage kehrte der Krampf zurück und verschwand wieder; allein in der darauf folgenden Nacht wurde das Athmen beschwerlich, die Schmerzen zogen nach und nach in alle Theile der Brust und der Puls wurde krampfhaft, aussetzend. Am dritten Tage nahmen die Schmerzen hauptsächlich das Zwerchfell ein, und der Kranke fühlte in dieser Gegend eine Beklemmung, ein heftiges Zusammensehnüren. Von jetzt an stiegen alle Zufälle immer höher und kündigten Gefahr an. Am vierten Tage stellte sieh ein äusserst starker Anfall ein, auf den Krämpfe und Bangigkeit folgten, die dem Kranken während des ganzen Naehmittags nieht einen Augenblick Ruhe verstatteten. Einige vorübergehende Schmerzen in der Hand hatten einen Nachlass angekündiget, allein das qualvolle Athmen wurde bald von neuen schmerzhaften Anfällen

in der Zwerchfellsgegend unterbrochen, in der der Kranke ein reissendes Gefühl empfand. Von diesem Zeitpunkt an bis zum Tod wurden die Leiden immer heftiger und er starb unter den grausamsten Martern.“

„*Bei der Leichenöffnung* fand man im Unterleib nichts merkwürdiges. Manche glaubten die Ursache eines so grausamen Todes im Magen zu finden, allein der war gesund. In der Brust fand man den Sitz der Krankheit; ihre Höhle enthielt etwas Flüssigkeit. Am linken Lungenflügel zeigten sich einige Spuren von Entzündung. Der Herzbeutel enthielt über eine Pinte Flüssigkeit, die der ähnlich war, welche man beim Kindbetterinnen-Fieber im Unterleib findet; weisslichte Flocken schwammen darin. Das Herz war mit ausgeschwitzter Lymphe überzogen, die ein Produkt der Entzündung ist. Auch die innere Fläche des Herzbeutels war damit überzogen. Das Herz war viel grösser als es bei einem gewöhnlichen Menschen zu sein pflegt, und man konnte nicht zweifeln, wenn man auch seine Grösse mit dem Verhältniss der übrigen Theile in Anschlag brachte, dass die beständige Anstrengung beim Sprechen der sich dieser famöse Redner mit so vieler Heftigkeit überliess, viel zu dieser Vergrösserung beigetragen habe. Die Entzündung verbreitete sich vom Herzbeutel über das nahe liegende Zwerchfell.“

Fall von Perikarditis.

8) (*Andral* clinique méd. Tom. I. Beobacht. 1): „*Hitziger Gelenkrheumatismus. Mit Einem Male reissender Schmerz in der Gegend des Herzens. Schneller Tod. Eiterige Ausschwitzung an der innern Oberfläche des Herzbeutels.*

„Ein 31jähriger Bäcker tritt im Laufe des Monates August 1822 in die Charité ein. Seit vierzehn Tagen war er mit heftigen Schmerzen behaftet, welche verschiedene Gelenke durchlaufen hatten und zur Zeit seines Eintrittes die Gelenke des linken Ellenbogens und der linken Hand, das rechte Knie und den Fuss derselben Seite einnahmen. *Alle diese Theile waren*

geschwollen und roth. Mehrere Male seit dem Eintritt dieses Rheumatismus hatte der Kranke heftige Kopfschmerzen gehabt; das Fieber war heftig, die Zunge roth und ein wenig trocken, das Epigastrium empfindlich beim Drucke. Zwei Aderlässe, jede von zwölf Unzen wurden in den ersten vier und zwanzig Stunden gemacht. *Der Blutkuchen bedeckte sich mit einer dicken Haut.* Am folgenden Tage keine merkliche Besserung; ein dritter Aderlass wurde verordnet. Das Blut hatte eine Speckhaut, wie vordem. Das Knie und der Fuss der rechten Seite hörten auf zu schmerzen, dagegen schwoll zugleich das linke Knie an; der rechte Ellenbogen und die rechte Hand waren weniger geschwollen, unschmerzhaft in der Ruhe, dagegen rief die geringste Bewegung die lebhaftesten Schmerzen in ihnen hervor. (Vierter Aderlass von zwölf Unzen; erweichende Tisanen, Cataplasmen, strenge Diät) Entzündungshaut auf dem Blute. Am vierten Tage seit dem Eintritte des Kranken und ungeachtet der vier in drei Tagen verrichteten Aderlässe sind der Ellenbogen, die Faust und das Knie geschwollen und sehr schmerzhaft. Die Zunge hat ihre Röthe verloren. (Zwanzig Blutegel rings um das Knie). Am fünften Tage ist dieses nur noch sehr wenig schmerzhaft, aber das rechte Knie wurde wieder ergriffen; derselbe Zustand des Ellenbogens und der linken Hand; Fortdauer des Fiebers. (Erweichende Tisanen, Cataplasmen, Diät). — Am sechsten Tage derselbe Zustand. (Fünfter Aderlass von zwölf Unzen; zehn Blutegel um das rechte Knie; zehn andere an die linke Hand). — Im Laufe des Tages findet eine merkliche Besserung statt; die verschiedenen Gelenke schwellen ab und können selbst ohne vielen Schmerz bewegt werden; der Kranke sagt selbst, dass er zum ersten Male eine fühlbare Besserung bemerkt. Sie war aber nur von kurzer Dauer; gegen acht Uhr Abends sind alle seine Gelenke fast frei, er findet sich wohl. Um zehn Uhr Abends wird er plötzlich von einem schrecklichen Schmerze ein wenig nach unten und innen der linken

Brustwarze ergriffen; die ganze Nacht hindurch dauert dieser Schmerz, und am folgenden Morgen finden wir den Kranken in folgendem Zustande: Schreien, welches durch den reissenden Schmerz herausgepresst wird, den der Kranke an der bezeichneten Stelle empfindet. Dieser Schmerz wird weder durch Druck noch durch Husten, noch durch die Athembewegungen, noch endlich durch Lageveränderung gesteigert; er hat daher weder den Charakter eines pleuritischen noch eines Muskelschmerzes. Die Gelenke sind völlig unschmerzhaft. Uebrigens vollständige Abwesenheit des Hustens; sonorer Brustton, deutliches merkwürdig starkes Athemgeräusch. Die Schläge des Herzens sind sehr häufig, stürmisch, unregelmässig in ihrer Stärke und aussetzend. Der Puls setzt ebenso aus, wie das Herz, ist aber sehr klein, weicht dem Finger aus und ist zuweilen nicht zu fühlen. Das Gesicht bleich, zusammengezogen, drückt die lebhafteste Angst aus, die Extremitäten sind kalt. Diese erschreckende Symptomengruppe wurde einer Entzündung des Perikardiums zugeschrieben. Der Kranke schien so schwach, dass Lerminier einen neuen Aderlass nicht für passend fand. Dreissig Blutegel wurden auf die Herzgegend gelegt, Senfteige auf die Gliedmaassen in der Absicht, das rheumatische Leiden, welches durch eine Art Metastase sich auf die Herzhüllen geworfen zu haben schien, dahin zurückzuleiten. Im Laufe des Tages trat keine Besserung ein, das Athmen, welches am Morgen noch ziemlich frei, wurde immer mehr beengt und der Kranke erlag in der folgenden Nacht neun und zwanzig Stunden nach dem Eintritte des Präkordialschmerzes."

„Die *Leichenöffnung* bestätigte die Richtigkeit der Diagnose. Die ganze innere Oberfläche des Herzbeutels war mit einer weisslichen, weichen, hautartigen, warzenförmigen Ausschwitzung bekleidet. Unter derselben bemerkte man eine lebhafte Röthe des Herzbeutels; es befand sich, eigentlich gesprochen, kein flüssiger Erguss in seinem Innern; man erhielt aus demselben

höchstens Eine Unze grünlicher Serosität. Die Herzsubstanz selbst, die innere Oberfläche seiner Höhlen, die grossen zu- und abgehenden Gefässe zeigten einen durchaus normalen Zustand, die Pleura bloss alte zellige Verwachsungen und die Lunge eine serös-blutige Anschoppung. Der Magen war längs der grossen Curvatur ein wenig roth; nichts Auffallendes in den Bauchorganen, in dem Gehirn und seinen Anhängen.“

Fall von Perikarditis und Hyperkrinie der Synovialhäute.

9) (*Andral* clinique méd. Tom. I. B. 2.) *Schmerz an dem Ende des Brustbeins und in der Gegend des Herzens, der nur allmälig heftig wird und an der Stelle der Gelenkschmerzen erscheint. Geringere Stärke (Dumpfheit) der Herzschläge; Stärke und Regelmässigkeit des Pulses. Falsche Häute im Herzbeutel.*

„Ein Neger, neunzehn Jahre alt, Schneider, ziemlich schwach gebaut, aber gewöhnlich ganz gesund, empfand seit dem 19. April Schmerzen, die sich abwechselnd von einem Gelenke auf das andere warfen, aber vorzugsweise das rechte Handgelenk, beide Kniee und das Tibiotarsal-Gelenk der linken Seite eingenommen haben. Er wurde am Abend des 23. April 1822 in die Charité aufgenommen und war bei dem Besuche am 24. in folgendem Zustande:

„Allgemeine lebhafte Angst, die Augen schwer; geringe Anschwellung des rechten Handgelenkes und des Kniees derselben Seite; die leichtesten Bewegungen dieser Theile verursachen einen hinlänglich starken Schmerz, den Kranken zum Schreien zu bringen; das linke Knie und die Umgebung der Gelenke waren eben so schmerzhaft, aber nicht geschwollen; der Puls häufig, entwickelt, die Haut warm, ein wenig feucht, die Zunge feucht, der Durst mittelmässig, Verstopfung (Aderlass von vier Tassen, Aufguss von Borrago und Althäa). Ein reichlicher Schweiss stellte sich am Abende ein.“

„Am 25. Der Kranke war fast in demselben Zustande; das am vorigen Abende gelassene Blut zeigt einen breiten, weichen Kuchen ohne Entzündungshaut. Das Anhalten der Schmerzen und die Heftigkeit der allgemeinen Reaktion liessen Lerminier einen zweiten Aderlass von drei Schalen verordnen. Kurze Zeit nachdem das Blut aus der Ader gelassen war, zeigte es einen dichten kleinen Kuchen, der mit erhobenen Rändern wie gewisse Schwämme, mit einer dicken Haut bedeckt und von einer reichlichen grünlichen Serosität umgeben war. Es fand sich also ein merklicher Unterschied zwischen dem Blute des zweiten und jenem des ersten Aderlasses, obschon beide Male die Vene auf dieselbe Weise geöffnet worden war. Der Kranke nahm am Abend zwölf Gran Dower'sches Pulver in zwei Dosen. Er schwitzte reichlich einen grossen Theil der Nacht hindurch."

„Am folgenden Morgen (26.) waren die Gelenke nicht mehr geschwollen, sie waren kaum schmerzhaft; aber der Kranke klagte zum ersten Mal über flüchtige Schmerzen in den Brustwänden; das Athmen war beschleunigt, das Fieber dauerte fort. Ein dritter Aderlass; das Blut zeigte dieselben Charaktere wie zum zweiten Male. Den ganzen Tag hindurch klagte der Kranke sehr; die Brustschmerzen concentriren sich in dem Epigastrium und an dem untern Theile des Brustbeins. In der Nacht starke Aufregung, völlige Schlaflosigkeit, kein Schweiss.

Am 27. hatte sich alles verschlimmert. Die Bewegungen des Einathmens, kurz und rasch auf einander folgend, geschehen gleichzeitig durch Erheben der Rippen und Senken des Zwerchfelles. Der Kranke stiess beständige Klagen aus; er empfand nach seiner Angabe einen lebhaften Schmerz im Epigastrium, den der leiseste Druck steigerte und der sich nach dem untern Theile des Brustbeines und nach der Präkordialgegend erstreckte. Die Schmerzen der Glieder sind gänzlich verschwunden. Indess hustete der Kranke nicht; die Brust wiederhallte bei der Perkussion allenthalben gut; das Athemgeräusch hörte man ebenfalls überall stark, aber deutlich, der

Puls war sehr frequent, regelmässig und von auffallender Härte, während die Schläge des Herzens nur mit dem Stethoskop und zwar sehr schwach wahrzunehmen waren. Das Ohr, unmittelbar auf die Herzgegend gelegt, unterschied nur ein wirres Geräusch, welches weder die Pulsationen der Ventrikel noch der Vorkammern zu erkennen gestattete. Diese Gruppe von Erscheinungen und zugleich die Abwesenheit eines jeden Zeichens einer Entzündung der Pleuren oder der Lungen liessen uns das Bestehen einer Perikarditis vermuthen. (Vierzig Blutegel wurden auf die Präkordialgegend gelegt und wenige Stunden nachher das Epigastrium mit einem Blasenpflaster bedeckt.) — Der Kranke fand sich im Tage merklich erleichtert; am Abende aber kehrten die Anfälle zurück, heftiges Fieber, starke Athembeklemmung, drohende Erstickung. Ein reichlicher Aderlass wurde auf der Stelle gemacht; kaum begann das Blut zu fliessen, als das Athmen freier wurde; dasselbe Aussehen des Blutes, wie nach den frühern Aderlässen.“

„Am Morgen des 28. hatte der Zustand des Kranken eine grosse Besserung erfahren, das Athmen war ruhiger, der Puls weniger frequent und von fast gewöhnlicher Stärke. Der Schmerz im Epigastrium und in der Präkordialgegend verschwunden.“

„Am 29. Das Athmen ist wieder sehr beengt; der Puls hat wiederum eine grosse Frequenz und Härte angenommen; man hörte eine Art stürmisches, nicht näher zu beschreibendes Geräusch in der Gegend des Herzens. Mittelst der Perkussion erkennt man einen dumpfern Ton in dieser Gegend, als an den vorigen Tagen, der Schmerz des Epigastriums und der Präkordialgegend hat sich wieder eingestellt. Da die Blutentziehungen jedes Mal, so oft sie angestellt worden waren, eine sehr merkliche Linderung hervorgebracht hatten, so kehrte man noch ein Mal zu denselben zurück. (Aderlass von drei Schalen, zwölf Blutegel auf die Herzgegend). Das Blasenpflaster auf dem Epigastrium, welches trocken war, wurde durch zwei Blasenpflaster an den Armen ersetzt.“

„Am 30. Das Athmen, obleich immer noch beschleunigt, war weniger beengt, als gestern. Der Kranke empfand keinen Schmerz mehr, sein Gesicht war ungleich ruhiger und natürlicher; der Puls behielt seine Stärke; das Blut hatte einen ähnlichen Anblick, wie nach den frühern Aderlässen (Fünfzehn Blutegel auf die Herzgegend).“

„Derselbe Zustand im Laufe des Tages. Um 8 Uhr Abends war der Kranke ruhig, seine Gesichtszüge waren nicht verändert; das Athmen schien ziemlich frei, die Sprache war leicht, er setzte sich ohne viele Mühe aufrecht, und litt keine Schmerzen. Er starb plötzlich um eilf Uhr Abends.“

„Die Leiche wurde neun Stunden nach dem Tode geöffnet. Weder das Gehirn noch seine Häute zeigten irgend eine wahrnehmbare Veränderung. Jeder Seitenventrikel enthielt zwei oder drei Kaffeelöffel voll klares Serum. Die Lungen waren normal bleich, ohne Anschoppung; die Höhle des Herzbeutels enthielt etwas mehr als ein halbes Litre trübe Serosität; der Theil der serösen Haut, welcher das Herz bekleidet und jener welcher das fibröse Blatt überzieht, waren überall von einer falschen Haut bekleidet, die rauh von zahlreichen Erhabenheiten, einen dem zweiten Magen der Wiederkäuer, Pansen genannt, ähnlichen Anblick bot.“

„Diese Art von warziger falscher Haut ist schon von *Corvisart* und *Laënnec* als eine besondere Form von Pseudomembran bezeichnet worden, die diese grossen Beobachter nur im Herzbeutel angetroffen haben. Längs der Furche, welche die Vereinigungsstelle beider Ventrikel bezeichnet, fanden sich eiweissartige, membranöse Concretionen, wie man sie gewöhnlich auf entzündeten serösen Häuten findet. Endlich erstreckten sich an zwei oder drei Punkten von einer Fläche der serösen Haut zur andern lange, weissliche, sehr weiche Schnüre, welche durch den geringsten Zug zerrissen.“

„Die Substanz des Herzens war sehr blass, seine Höhlen enthielten Fasergerinnsel, die zum Theil ihres färbenden Stoffes

beraubt waren und sich in die Gefässe erstreckten. Die Bucheingeweide waren normal; die Milz durch ihre äusserste Weichheit bemerklich. Die Gelenke zeigten bei der Untersuchung keine Spur von Entzündung.“

10) (*Andral* clinique méd. Beob. 31). *Pneumopleuresie mit doppelter Ergiessung, deren Eintritt mit dem plötzlichen Verschwinden eines Rheumatismus zusammenfällt.*

„Ein fünfzigjähriger Holzsäger von brauner Haut, sehr entwickelten Muskeln, athletischen Formen empfand seit dem 15. September um vier Uhr Abends einen heftigen Kopfschmerz, der bis zum 21. anhielt. Zu gleicher Zeit allgemeine Zerschlagenheit der Glieder, Missstimmung, starke und anhaltende Hitze, Durst, Appetitlosigkeit; zunächst Verstopfung, dann Durchfall.“

„Zur Zeit der Aufnahme des Kranken, am 21. Sept. heftiges Fieber, rothe zum Trockenwerden neigende Zunge; Diarrhöe (fünf bis sechs Stuhlentleerungen in 24 Stunden) leichter Husten. (Der Kranke sagte uns, dass er seit mehrern Jahren einen habituellen Husten habe, der ihn übrigens keineswegs belästigte). (Zwanzig Blutegel an den After, Aderlass von zwölf Unzen). Das Blut zeigte eine dicke Entzündungshaut.“

„Am folgenden Tage, 22., war das Fieber mässiger, die Zunge war feucht, der Durchfall hatte abgenommen, der Kranke klagte aber über Schmerzen im rechten Arme und besonders an den verschiedenen Gelenken dieser Gliedmaasse, die durch Bewegung und Druck zunahmen. Ein zweiter Aderlass wurde gemacht, das Blut war, wie beim ersten Male, mit einer Haut bedeckt. Die Schmerzen liessen nicht nach. Am Abende stellte sich zum ersten Male Frostschauer und in der Nacht ein reichlicher Schweiss ein.“

„Am Morgen des 23. hatte der Schweiss kaum aufgehört, als der Kranke von neuem, heftigerm Frostschauer als gestern ergriffen wurde. Der Husten hatte sich nicht vermehrt, das Athmen schien nicht beengt, die Zunge war feucht und weiss-

lich; der Durchfall hatte aufgehört. Die rheumatischen Schmerzen hielten an. Dem Schauer folgten bald Hitze und Schweiss. — Im Laufe des Tages hatte der Kranke noch zu vier verschiedenen Malen Frostanfälle. Er schwitzte nicht. Gegen sechs Uhr Abends verschwanden die Schmerzen. Um eilf Uhr wurde er von einem lebhaften Schmerz unter jeder Brustwarze ergriffen, an die Stelle dieses Schmerzes trat bald ein Gefühl von Zusammenschnürung, ähnlich jenem, welches der Kranke empfinden würde, wenn man, nach seinem Ausdrucke, die Brust zwischen zwei Brettern stark zusammengepresst hätte. Zu gleicher Zeit grosse Dyspnöe und lebhafte Angst. Der Kranke brachte die ganze Nacht in den schrecklichsten Nöthen zu."

„Am Morgen des 24. war das Athmen kurz, sehr beschleunigt. Sobald sich der Kranke der geringsten Bewegung überliess, wurde er von einem trockenen und gleichsam konvulsivischen Husten ergriffen. Das Gefühl von Zusammenschnürung der Brust hielt an. Der Perkussionston war wenig hell an den verschiedenen Stellen des Thorax; das Athemgeräusch, sehr stark unter beiden Schlüsselbeinen, hörte man nur auf eine sehr schwache Weise nach Hinten beiderseits. Wir vernahmen keine Andeutung von Ägophonie. Rückenlage. Die Zunge hat wieder eine geringe Röthe angenommen; kein Stuhlgang seit 24 Stunden. (Aderlass von sechszehn Unzen, zwanzig Blutegel auf jede Seite des Thorax, Blasenpflaster an die Beine am Nachmittage)."

„Im Laufe des Tages nahm die Beklemmung immer mehr zu. Einiger klebriger und leicht-rostfarbener Auswurf wurde am Abend ausgehustet. In der Nacht drohete Erstickungsgefahr und der Tod trat am 25. um fünf Uhr Morgens ein."

„*Leichenöffnung.* Athletische Formen; die Muskeln sehr stark entwickelt, die Brust sehr breit. Fast zwei Litre grünlicher Eiter waren in jedem Pleurasack ergossen. Sie waren mit jüngst gebildeten falschen Häuten bekleidet. Ganz an der Oberfläche der äussern Fläche der rechten Lunge befanden

sich acht oder zehn kleine erweichte Tuberkel. Andere ähnliche Tuberkel waren zu fünf oder sechs in dem Innern derselben Lunge zerstreut. Zwei der durch ihre Erweichung entstandenen Höhlen würden eine dicke Nuss haben aufnehmen können. Zwischen diesen Tuberkeln war das Lungenparenchym normal mit Ausnahme von drei oder vier vereinzelten Stellen, wo das Gewebe mit blutiger Serosität angefüllt und etwas erweicht den ersten Grad der Pneumonie zeigte. Die linke Lunge war ganz normal. Das Herz wohl gebaut, enthielt schwarzes Blut von der Consistenz der Johannisbeerengelée. Die Aorta enthielt eine geringe Menge schwarzes flüssiges Blut; die innere Haut derselben hatte eine gleichmässig rothe Farbe. Die Magenschleimhaut war roth und erweicht in der ganzen Ausdehnung des grossen Blindsackes; mit Blut angefüllte Venen durchzogen an dieser Stelle das darunter liegende laminöse Gewebe; der übrige Theil des Verdauungsschlauches normal. Nichts Auffallendes in den übrigen Eingeweiden. Das Gehirn und seine Anhänge schienen in ihrem physiologischen Zustande zu sein."

(Ueber diesen Fall einer Complication einer pleuritischen exsudativen Hyperämie mit Eiterung von Tuberkulosis haben wir schon oben gesprochen. In Bezug auf den äussern Rheumatismus ist dieser Fall nicht ausführlich genug erzählt; wir haben ihn nur auf *Andral's* Autorität und auf das Symptom des plötzlichen Verschwindens der Gelenkschmerzen als rheumatisch aufgeführt).

Fall von Eiterung, über den wir schon oben zur Genüge gesprochen haben, von wahrer Pyämie.

11) (*Andral* Beobachtung 36). *Akuter Rheumatismus, dem eine pleuritische Ergiessung folgt, die sich zu gleicher Zeit in die Bronchien und durch die Brustwände hindurch eine Oeffnung macht. Phlegmonöse Abscesse der Gliedmaassen. Peritonitis.*

„Ein 40jähriger Mützenfabrikant hatte seit vierzehn Tagen einen Gelenkrheumatismus, als er in die Charité aufgenommen

wurde. Der Schmerz hatte sich damals an beiden Knieen und dem linken Handgelenke fixirt. Auf zwei, nach einander veranstaltete Aderlässe an beiden Armen folgte jedes Mal schnelle Bildung eines Unterhautabscesses mit Schmerz und Röthe der Haut. Indess verschwand der Rheumatism; es stellte sich aber gleichzeitig ein lebhafter Schmerz unter der rechten Brustwarze ein. (Dreissig Blutegel an diese Stelle). Am folgenden Tage war dieser Schmerz viel geringer, aber das Athmen war sehr erschwert, und der Ton in dem grössten Theile der rechten Brustseite matt geworden. Das Geräusch der Lungenausdehnung, welches am Tage vorher noch deutlich und stark gewesen, war durch eine Art auffallendes Blasen (Röhrenathmen) ersetzt worden. Die Stimme zeigte an dieser Seite eine eigenthümliche Resonnanz. Der Auswurf war katarrhalisch. Die Anwesenheit eines pleuritischen Ergusses schien unzweifelhaft. Der Kranke gestattete nicht einen zweiten Aderlass, weil sich nach den beiden vorigen Abscesse gebildet hatten. (Dreissig Blutegel auf die rechte Seite, und am Abend zwei Blasenpflaster an die Beine).“

„Am folgenden Tage, 2. März, derselbe Zustand.“

„Am 3. bemerkte man nach Aussen von der rechten Brustwarze eine nicht deutlich begränzte teigige Beschaffenheit der Bedeckungen mit Schmerz, Röthe und Hitze. (Erweichende Kataplasmen).“

„Am 4., der Kranke, dessen Auswurf bisher keinen bestimmten Charakter gezeigt hatte, hatte mit einem Male eine grosse Menge einer eiterigen geruchlosen Flüssigkeit ausgeworfen, welche in einen gleichförmigen Teig zusammenfloss. Man vermuthete die Bildung einer Communication zwischen der Ergiessung und einem Bronchus. Der Kranke klagte über Schmerz in dem linken Beine; es war in der That roth und geschwollen.“

„Am 5. dunkele Fluktuation an verschiedenen Stellen der Bedeckungen der rechten Seite; derselbe Auswurf. Fortdauernde

Schmerzhaftigkeit und Geschwulst des linken Beines, ausserdem ist der Bauch gespannt und sehr empfindlich für Druck. Uebrigens auffallende Alteration der Züge des Gesichtes, von welchen ein klebriger und kalter Schweiss herabläuft; das Auge erloschen. Der Puls elend, sehr frequent. In Mitten einer so schrecklichen Complication von Verletzungen, — welche Hülfsquellen konnte da die Therapie bieten! Der Tod trat in der folgenden Nacht ein."

„*Leichenöffnung.* Eine ungewöhnlich grosse Menge phlegmonösem Eiter ähnliche Flüssigkeit erfüllte den rechten Pleurasack und hatte die Lunge gegen die Wirbelsäule zurückgedrängt. An der äussern Oberfläche dieser Lunge, nicht weit von der Scissura interlobularis befand sich eine Oeffnung, die eine direkte Verbindung zwischen der Höhle der Pleura und der Bronchien herstellte; diese Oeffnung hatte sich auf Kosten einer grossen Bronchialröhre gebildet, deren Wände eine Lösung des Zusammenhanges erfahren hatten; diese Röhre war fast der Hauptbronchus der Lunge. Zwischen der fünften und sechsten Rippe zeigte sich eine andere Oeffnung, welche sich queer durch die Zwischenrippenmuskeln hindurch gebildet hatte, deren Fibern getrennt und mit Eiter infiltrirt, sehr weich und wie unregelmässig zerrissen waren. Durch diese Oeffnung hatte sich die in der Pleura enthaltene Flüssigkeit einen Weg bis in die Substanz der Muskeln gebahnt, welche die Brustwände bedecken; der Eiter hatte sich zwischen ihren verschiedenen Lagen bis vor die Unterschulterblattgrube des Schulterbeins ergossen. Ein ebenso dicker Eiter, wie in der Pleura, war in dem Peritonäum ergossen, welches albuminöse Concretionen an verschiedenen Stellen bedeckten. Die beiden Vorderarme und das linke Bein zeigten unter der Haut und zwischen den Muskeln eine serös-eitrige Infiltration und ausserdem fünf oder sechs Stellen, wo sich der Eiter vollständig gebildet und in weiten Heerden mit breiiger Erweichung der umgebenden Muskelfibern gesammelt hatte."

Fall von Peritonitis mit Hämorrhagie der Darmdrüsen.

12) (*Andral* cliniq. méd. Beob. V. Tom. IV). *Peritonitis, deren Erscheinen mit dem Verschwinden eines Gelenkrheumatism zusammenfällt. Rother Erguss im Peritonäum. Bildungsfehler der Blase.*

„Ein 57jähriger Mensch, der mit einer alten Incontinentia urinae und seit drei Monaten in Zwischenräumen mit Durchfall behaftet war, hatte einen hitzigen Gelenkrheumatismus mit Fieber, als er im Anfange des Monates November 1821 in die Charité aufgenommen wurde. Wir sahen bis zum 16. November verschiedene Gelenke nach der Reihe anschwellen und schmerzhaft werden. Mehrere Aderlässe wurden gemacht. Am 17. waren die beiden Handgelenke und die linke Schulter der Sitz des Rheumatismus; die Fieberbewegung dauerte fort; bis dahin hatte übrigens nichts ein Leiden der übrigen Organe kund gethan. Im Laufe des Tages hörten die Gelenke, welche ich eben angezeigt habe, mit Einem Male auf, schmerzhaft und geschwollen zu sein; kein anderes Glied wurde krank; aber zum ersten Male empfand der Kranke lebhafte Schmerzen im Bauche; sie vermehrten sich die Nacht hindurch, und am folgenden Morgen, 18., waren sie so heftig, dass sie dem Kranken Geschrei auspressten; der Druck steigerte sie nicht, aber eben so wenig verminderte er sie. Das farblose Gesicht drückte die lebhafteste Angst aus; der Kranke klagte über Kälte und in der That war die Temperatur der Haut sehr wenig erhöht; der Puls, sehr frequent, behielt seine Härte. Diese neue Symptomengruppe glich sehr jener, welche die alten Aerzte mit dem Namen „*rheumatische Metastase*“ bezeichneten. Die erste Anzeige schien daher zu sein, die Reizung auf ihren ursprünglichen Sitz zurückzuführen. In dieser Absicht wurden Senfteige abwechselnd auf die verschiedenen Gelenke und zugleich eine grosse Anzahl Blutegel auf den Bauch gelegt; dann wurde der Kranke in ein warmes Bad gebracht, reizende Einreibungen an den Gliedern gemacht, und am Abende

zwei spanische Fliegen an die Schenkel applicirt. Aber diese verschiedenen Mittel waren nutzlos; und am folgenden Morgen, 19., hatte sich der Zustand des Kranken auffallend verschlimmert; der Schmerz war an allen Stellen des Bauches bis zur grössten Heftigkeit gestiegen; er nahm zu durch den Druck, durch die leichteste Berührung, was am vorhergehenden Tage nicht Statt gefunden hatte; ausserdem hatte der Bauch eine auffallende Ausdehnung erlangt und man bemerkte in demselben eine deutliche Fluktuation. Einige Uebelkeiten traten ein ohne Erbrechen. Der Puls, nunmehr sehr frequent, hatte seine Härte verloren, und setzte einige Male aus. Der Kranke erlag in der Nacht vom 19. auf den 20. vor dem Ende des dritten Tages seit dem Eintritt der Bauchschmerzen.“

„*Leichenöffnung.* Kaum hatte man die Bauchwände eingeschnitten, als man aus der Oeffnung einen Strom intensiv rother Flüssigkeit, in welcher einige weissliche Flocken schwammen, hervorstürzen sah. Die ganze Masse der Eingeweide war geröthet und auf der Oberfläche mehrerer Darmschlingen waren ebenmässig gefärbte, membranförmige Concretionen abgelagert. Die Flüssigkeit, welche das Peritonäum anfüllte, glich gänzlich dem eben aus einer Vene gelassenen Blute; übrigens beobachtete man Nichts, was einem Gerinnsel glich, auch fand man kein grosses Gefäss geöffnet. Im Innern des Verdauungskanales fand man keine andere Verletzung als eine sehr auffallende Entwickelung der Follikel am Ende des Dünndarmes, des Cökums und des Anfanges des Colons. Diese Drüsen waren von einem schwarzen Zirkel begränzt und ihr Mittelpunkt bestand in einem andern schwarzen Punkt. Ausserdem befand sich in den Wänden des aufsteigenden Colons eine seröse Kyste, von der Grösse einer Haselnuss, die sich zwischen der Fleisch- und der Schleimhaut entwickelt hatte und diese in die Höhe hob. Die Spitze der Blase überragte eine weite eiförmige Tasche, welche sich hinter der Masse der Dünndärme verlängernd durch ihr oberes Ende mit dem dritten Theile des

Zwölffingerdarms zusammenhing; man zerstörte leicht diese Verwachsung, welche von weichen Pseudomembranen herrührte, die neuern Ursprunges zu sein schienen. Im Innern bot diese Tasche einen dem der Blase ähnlichen Anblick und in ihren Wänden konnte man die verschiedenen Häute verfolgen, welche man gewöhnlich in der Blase wiederfindet; nur waren die Fibern der Muskelhaut wenig entwickelt und mit vielem Zellgewebe untermischt. Diese Art überzähliger Blase kommunicirte mit der normalen Blase durch eine Oeffnung, welche durch einen dicken Wulst verengert wurde, zu dessen Bildung die Schleimhaut und besonders das sehr verdichtete Zellgewebe beigetragen hatten. Man würde ihn beim ersten Anblick für die Pförtnerklappe gehalten haben. An der rechten Seite des Umfanges dieser Oeffnung befand sich eine andere kleine Tasche, welche eine Nuss hätte aufnehmen können und die gleicher Weise mit der normalen Blase kommunicirte; sie war von der grossen Tasche durch eine Scheidewand getrennt, welche einen Vorsprung in ihre Höhle bildete. Man konnte auch in ihren Wänden die verschiedenen Häute der Blase verfolgen.“

Pericarditis mit Pleuritis und akutem Gelenkrheumatismus [1]).

13) (*J. Bouillaud* die Krankheiten des Herzens übersetzt v. *Becker*. Leipzig 1836. Beobachtung 8. Seite 191—193).

„Ein 14jähriger Knabe, seit 5 Tagen krank, wurde unter *Baudeloque* den 26. Oct. 1834 in das *Hôpital des enfans* aufgenommen; von einem an Rheumatismus leidenden Vater gezeugt arbeitete er als Schuhmacher in einer im Erdgeschoss befindlichen Werkstatt, als er zuerst in der Nacht vom 21. auf den 22. Oct. ein heftiges Reissen in der rechten Fussbiege fühlte, das den andern Tag sich über das linke Fussgelenk und später auch über die oberen Extremitäten verbreitete.“

---

1) *Lanc. Franç. n. du 14. Juin.* 1834.

„Am 3. Tage legte sich der Kranke zu Bett und trank Glühwein.“

„Den 5. Tag. Angst, beschwerliches Athemholen, Schmerz, in der linken Seite, 64 Athemzüge, 136 Pulsschläge.“

„Aderlass am Arm.“

„Den 27., als am 16. Tage der Krankheit lebhaftes Fieber, Beängstigung, Anschwellen der Gelenke, Fortbestehen des Seitenstechens, kurze, unvollständige Respiration, weder Aigophonie noch Bronchophonie.“

„Aderlass von ℥VIII, Einreibungen von *Balsam tranquill.*“

„Den 28. 124 Pulsschläge, 36 Athemzüge, Ausbreitung des Schmerzes, bei der geringsten Bewegung schreit der Kranke.“

„*Tart. stib.* gr. IV. in einem aromatischen Tränkchen.“

„Den 29. Einmal Erbrechen und 3 flüssige Stühle (Fortsetzung des Brechmittels).“

„Den 30. u. 31. Wenig Veränderung (*Tart. stib.* gr. VI.)“

„Den 1. November. Merkliche Besserung, 100 Pulsschläge, 28 Athemzüge (dieselbe Verordnung, verdünnte Fleischbrühe).“

„Den 2. und 3. Der Schmerz in der linken Seite ist verschwunden (die nämliche Verordnung).“

„Den 4. Exacerbation des Fiebers und der Schmerzen (die Fleischbrühe fällt weg).“

„Den 5. Anhaltender Durchfall, im Zustand der Ruhe sind keine Gelenkschmerzen vorhanden, regelmässiger Puls von 120 Schlägen: Alles scheint besser zu gehen — und um Mittag erfolgt der Tod.“

„Leichenbefund 22 Stunden nach dem Tode: Der Herzbeutel, dessen beide Blätter unter einander mittelst einer deutlich neugebildeten, kaum etwas organisirten Pseudomembran verklebt sind, enthält ungefähr einen Kaffeelöffel voll blutigen Serums. In den rechtseitigen Herzhöhlen befindet sich ein faserstoffiger Klumpen geronnenen Blutes, im linken Herzen flüssiges Blut. Ein frisches eiweissartiges Exsudat überzieht die linke Zwerchfellpleura und die Basis der entsprechenden Lunge

an der sich weiter nichts Abnormes, als eine leichte Verstopfung am hinteren Rande befindet. Verstopfung und einige abnorme Anheftungen der rechten Lunge, in deren Spitze sich eine vernarbte, mit einer knorpligen Membran ausgekleidete Tuberkelhöhle befindet. Allgemeine, nicht sehr lebhafte Röthe und Verdickung der etwas erweichten Magenschleimhaut, rosige Färbung des Zwölffingerdarms, intensive Röthung der untern Hälfte des Dünndarms mit Erweichung der Schleimhaut; in der ganzen Ausbreitung des Dickdarms bemerkt man eine Menge kleiner, an ihrer Spitze nabelförmig vertiefter Erhabenheiten, die wie ulcerirte Schleimbälge oder wie Blatterpusteln aussehen, Veränderungen, die wahrscheinlich der Anwendung des Brechweinsteins in starker Dosis zugeschrieben werden müssen; Leber, Milz und Nieren strotzen von Blut.“

Pericarditis mit akutem Gelenkrheumatismus.

14) (*J. Bouillaud*, Beobachtung 9). Seite 193—195.

„Virginie Gobelin, 12 Jahre alt, von ziemlich starker Constitution, deren Mutter oft an Rheumatismus litt, hatte vom 11. Jahre an, wo sie durch den ersten Anfall eines mit heftigem Schmerz in der Präcordialgegend verbunden gewesenen Gelenkrheumatismus 6 Wochen lang an's Bett gefesselt worden war, immerwährend Athmungsbeschwerde und bei der geringsten Anstrengung heftiges Herzklopfen behalten.“

„Den 17. Sept. 1834 befiel sie ohne bekannte Ursache auf's Neue ein akuter Gelenkrheumatismus; den 20. entstand lebhafter Schmerz in der Präcordialgegend mit grosser Beklemmung und Steigerung des Fiebers; den 22. wurde die Kranke, ohne dass eine active Behandlung vorhergegangen wäre, von *Guersent* in Behandlung genommen.“

„Den 23. Blasses und violettes Gesicht, Angst, heftiger Schmerz in dem vordern Theile des Brustkorbes, stürmische Herzschläge, 140 Pulsschläge der *art. radialis*, 52 Athemzüge, durchaus kein Husten, Respirationsgeräusch und Reso-

nanz fast normal, nur dass der Ton in der linken Seite etwas dumpfer als in der rechten ist.“

„Anschwellung der nicht gerötheten Fussgelenke.“

„Aderlass zu ʒXII. 15 Blutegel in die Herzgegend, Senfumschläge auf die kranken Gelenke, erweichende Umschläge in die Herzgegend.“

„Den 24. Erleichterung, das Schultergelenk fängt an ergriffen zu werden: 12 Blutegel in die Herzgegend.“

„Den 25. Verschlimmerung der Symptome: Verfallenes Gesicht, unterbrochene Sprache, vermehrter Schmerz in der Präcordialgegend: 12 Blutegel in die Herzgegend, gummöser Julep, *oxyd. Antimon. alb.* -); Senfteig auf die Gelenke.“

„Nachlass des Schmerzes in der Herzgegend, der Rheumatismus verbreitet sich über neue Gelenke.“

„Den 27. Immer ungestüme Herzschläge ohne abnormes Geräusch, kein bemerkbarer Vorsprung im untern Theile des Thorax, stets sehr umschriebene Mattheit, die sich aber nicht über den untern Theil des Brustbeins erstreckt, Abends tritt bedeutende Dyspnöe ein. (Senfteig.)“

„Den 28. Neue Zunahme der Athmungsbeschwerde. (15 Blutegel in die Herzgegend).“

„Den 30. Die Kranke ist genöthigt die sitzende Stellung anzunehmen; Uebelkeiten, etwas Würgen, Aufhören der Gelenkschmerzen, 48 Athemzüge, und 28 kleine unregelmässige Pulsschläge (in der Absicht die rheumatische Affection zu fixiren, wird ein Blasenpflaster in das Ellenbogengelenk gelegt).“

„Bis zum 7. Oct., wo der Tod eintrat, halten die Athmungsbeschwerden an; in grösseren oder kleineren Zwischenräumen treten Ohnmachten ein, die Extremitäten werden kalt und violett, Hände und Füsse schwellen an, der Puls wird fadenförmig und die Stimme verlöscht, doch behält die Kranke bis auf den letzten Augenblick den freien Gebrauch ihres Bewusstseins.“

„Den 3. Oct. wurde ein Blasenpflaster von 5 Zoll im Durchmesser auf die Herzgegend und 2 dergleichen auf die Schenkel gelegt, brachten aber bloss eine leichte Röthung der Haut hervor; *Calomel.* gr. XII in 6 Pulvern, wovon die ersten Dosen wieder ausgebrochen wurden.“

„Leichenbefund 24 Stunden nach dem Tode.“

„1) Aeusseres Verhalten: Gutgebildeter Brustkorb, weder Vorwölbung, noch beträchtlich matter Wiederhall [1]) in der Herzgegend. Die beiden Handgelenke enthalten eiweissartige Flocken ohne einen Tropfen Flüssigkeit, ihre Synovialmembran ist trocken und nicht geröthet.“

„2) Circulations- und Respirationsorgane: Das Herz sammt Ueberzug hat einen Umfang wie 2 Mannsfäuste, neugebildete Pseudomembranen verbinden das Mediastinum mit der äussern Fläche des Herzbeutels, der inwendig von weichen, weissgelblichen, hier und da (wie ein Wiederkäuermagen) rauhen, leicht mit dem Scalpelheft entfernbaren Pseudomembranen ausgekleidet, ungefähr eine Unze trüben Serums enthält, mit der hintern Fläche des Herzens aber mittels alter, nur durch ziemlich starken Zug zerreissbarer falscher Membranen fest verwachsen ist. Das Herz ist zweimal so gross, als die Faust der Leiche, von normaler Consistenz und Farbe; alle seine Höhlen sind erweitert und von geronnenem Blute erfüllt. Serös-blutige Verstopfung der Lungen, in denen sich übrigens weder Tuberkeln noch Hepatisation findet. Weder Erguss in die Brustfellsäcke, noch plastische Ausschwitzung auf ihre Oberfläche.“

Perikarditis mit akutem Gelenkrheumatismus, Pleuropneumonie und Leberanschwellung.

15) (*J. Bouillaud*, Beobachtung 12). Seite 200—202.

„Ein Frauenzimmer von 28 Jahren, von guter Constitution, gut menstruirt, Tochter einer an rheumatischen Affec-

1) Dieser Umstand muss bei dem grossen Volumen des Herzens und Herzbeutels sehr auffallen.

tionen leidenden Mutter, war seit 8 Tagen von akutem Gelenkrheumatismus mit heftigem Fieber befallen worden, der sich reissend schnell über die meisten Gelenke verbreitete, und kam den 12. Januar 1833 in klinische Behandlung. Bei ihrer Aufnahme fanden wir fast alle Gelenke der untern und obern Gliedmaassen eingenommen und den ganzen Körper übrigens so schmerzhaft, dass die geringste Bewegung oder Lageveränderung unmöglich war und wir desshalb die Brust mittelst der Percussion und Auscultation nicht angemessen untersuchen konnten; die Basis der Brust war besonders schmerzhaft, desgleichen auch die *regio epigastrica*, wo der Schmerz heftiger wurde, wenn die Kranke einige Schlücke Getränk nahm; warme, schwitzende Haut; 120 Pulsschläge in der Minute."

„Verordnung: 2 Aderlässe im Verlauf des Tages, versüsstes *Inf. alth.*, erweichendes Klystir; Diät.".

„Den 13. und 14. Wenig Veränderung; trauriges, verfallenes Gesicht; leise, kurze, unterbrochene, seufzende Sprache; der Schmerz an der Basis der Brust ist auf der rechten Seite stärker, die Respiration keuchend, der sehr stark schwizzende Körper mit Schweissflecken bedeckt und ekelhaft fade riechend."

„Diagnose: Rheumatismus wahrscheinlich mit Pleuritis complicirt, die vorzüglich das Zwerchfell ergriffen hat? Der Blutkuchen von beiden Aderlässen ist mit einer festen und dicken Speckhaut bedeckt und an seinen Wänden aufwärts gestülpt."

„Verordnung: Wiederholung des Aderlasses, 20 Blutegel an die Brust, Kataplasmen."

„Den 15. Die Kranke befindet sich viel besser, hat bloss im rechten Kniee Schmerzen und keine Schweisse mehr, mit denen gleichzeitig der erwähnte üble Geruch verschwunden ist; leichtere Respiration: seltnerer, weicherer und immer regelmässigerer Puls; noch schmerzhaftes Trinken; Verstopfung."

„Den 16. Die Kranke befindet sich schlechter, als gestern, ihre Physiognomie drückt Schmerz aus; der Puls ist häufiger, das Athmen beschwerlicher, der ganze Körper schmerzhaft, Schweiss und übler Geruch kehrt zurück.“

„Verordnung: Wiederholung des Aderlasses.“

„Den 18. Besserung, doch ist das Athmen und der Blutlauf immer beschleunigt; Durst und hartnäckige Verstopfung; das Trinken erregt kaum noch Schmerz.“

„Den 19. Fortdauernde Besserung.“

„Den 20. Die Kranke hat Stuhl gehabt, und schien sich nicht schlechter zu befinden; dennoch ist das Gesicht verändert, Fieber und Beklemmung hält an, der ganze Körper ist ausnehmend empfindlich und die Kranke will nicht die geringste Berührung leiden; trockene, schuppige Zunge.“

„Den 21. und 22. Die Züge deuten nichts Gutes an, Entkräftung; dünne, in der Mitte wie verbrannte Zunge; Puls und Respiration beschleunigt; nach vorn, als an der einzigen Stelle, die wir untersuchen können, hallt die Brust wieder; die Verschlimmerung der Symptome, die sich nicht voraussehen liess, trat nach einem Besuch der Eltern und nach mannichfaltigen Unannehmlichkeiten und lebhaften Widerwärtigkeiten auf.“

„Verordnung: Blasenpflaster auf die Waden, übrigens wie oben.“

„Den 23. Fast der nämliche Zustand; da die Vesicatore nicht gezogen haben, so werden neue gelegt.“

„Den 24. Der Ausdruck der Züge ist etwas besser, der Puls häufig, schnell, die Zunge feucht, nach vorhergegangenem Leibschneiden und Borborygmen mehrmals Stuhlausleerung.“

„Den 25. Röthe der Wangen, Schweiss im Gesicht; trockne, russige Lippen und Zähne; ziemlich feuchte Zunge; neue Stuhlentleerungen: 116 Pulsschläge; etwas Delirium; Schmerz im linken Hypochondrium; leicht aufgetriebener Leib; hässlicher Geruch. Bei flüchtiger Auscultation der hinteren Brust-

gegend hörte man sehr dunkle Bläschenrespiration. Der Tod erfolgt in der Nacht.“

„Leichenbefund 30 bis 36 Stunden nach dem Tode bei mässiger Kälte.“

„1) Aeusseres Verhalten: Halber Marasmus; Steifheit der Gelenke und Weichtheile, die (besonders das Fett unter der Haut) von der Kälte gleichsam verdichtet sind. Im Innern des Schulter-, Vorderarm-, Knie- und Fussgelenkes ergab die genaueste Untersuchung weder Eiter, noch Röthe oder Geschwulst der benachbarten Theile: kaum findet man einige Spuren von Synovia. In der Gegend des Heiligenbeins findet sich ein Schorf von der Breite einer flachen Hand und die Gewebe sind hier in einer Dicke von 3 bis 4‴ abgestorben, schwarz, mässig feucht.“

„2) Circulations- und Respirationsorgane. Matter Wiederhall in der rechten Seite von der 4. oder 5. bis zur letzten Rippe; auf der linken Seite gute Resonanz; die rechte Lunge ist von der Leber, die übrigens fast bis auf den Darmbeinkamm herabreicht, bis gegen die 4. oder 5. Rippe hinauf gedrängt und allerwärts mit der Rippen- und Zwerchfellpleura durch weisse, weiche, frischorganisirte, kaum mit Gefässen versehene, blättrige Pseudomembranen verwachsen; ihr Parenchym ist in seiner ganzen Ausdehnung verstopft, besonders im unteren Lappen, der splenisirt ist und nicht mehr knistert; keine Spur von Erguss. Pleura und Lunge der rechten Seite normal. Der Herzbeutel, von dem zur benachbarten Pleura einige neue Anheftungen laufen, ist inwendig überall von einer ungleichen, netzförmigen, weichen, weissen, leicht abstreifbaren Pseudomembran bedeckt, die besonders auf ihrer unteren Fläche in Begriff steht organisirt zu werden und die ganze Oberfläche des Herzens überzieht; unter ihr findet sich bloss eine mittelmässige Injection. Das Zwerchfell ist mit dem Herzbeutel und der convexen Oberfläche der Leber durch neugebildete, den eben beschriebenen ähnliche Pseudomembranen

verwachsen. Die rechtseitigen Herzhöhlen waren mit ziemlich dichten, theilweise blassen, adhärirenden Blutgerinnseln erfüllt, die da, wo sie nicht ganz entfärbt waren, wie Muskelfleisch aussahen, wenn man sie zerriss. Die linke Kammer enthielt ebenfalls ein weissliches, verlängertes Gerinnsel, das nicht so voluminös war, wie in der rechten. Der innere Herzüberzug hatte seine gewöhnliche weisse Farbe; Ostien und Klappen und das übrige Herzgewebe waren normal. Das Gefässsystem enthielt im Allgemeinen wenig Blut, und weder die Aorta, noch die *Vena cava*, noch die Arterien und Venen der untern Extremitäten zeigten Röthe oder die geringste Abnormität."

„3) Verdauungsorgane: Zunge, Schlund und Speiseröhre sind weiss und blass und der Magen ist von seinem flüssigen Inhalt bedeutender als im Normalzustand ausgedehnt."

Endopericarditis (von Piorry mitgetheilt).

16) *J. Bouillaud*, (Beobachtung 16). Seite 208—209.

„Ein Schuhmacher, 23 Jahre alt, der eine kleine, feuchte Werkstätte bewohnte, hatte vor einem Jahre an Gelenkrheumatismus 6 Wochen lang gelitten und vor 2 Monaten neuerdings Schmerz in allen Gelenken bekommen, als er von *Piorry* aufgenommen wurde: Ziemlich starke Herzschläge, welche die Hand in der Gegend des linken Ventrikels in die Höhe heben und von einem mit dem Pulsschlag isochronischen Blasebalggeräusch begleitet sind; Schmerz in den Faust-, Ellenbogen-, Knie- und Schultergelenken ohne Anschwellung."

„Verordnung: Aderlass, *infus. flor. borrag.* [1]); erhöhte Lagerung der Glieder."

„Am andern Tage hat das Blasebalggeräusch abgenommen, die Herzschläge sind aber immer noch stark."

---

1) Die Formel der Pharmacop. ist: Rec. *Flor. Borrag. off.* ℥j. *Inf. c. Aq. bullient.* ℔jj. *Colaturae adde Syr. Capill. Vener. seu Mellis desp.* ℥j. Br.

„Kataplasmen auf die Extremitäten, viel Getränk, zweimal Fleischbrühe.“

„Am 3. sind die Ellenbogen noch etwas schmerzhaft und das Blasebalggeräusch dauert fort. Seit 2 Tagen besteht Schmerz in der Herzgegend und in der linken Seite; der matte Ton in ersterer hat einen etwas grössern Umfang, als an den frühern Tagen.“

„Verordnung: 15 Blutegel an das linke Ellenbogengelenk, ein Vesicator auf jede Seite der Brust, *Looch* mit *Kerm.* gr. jjj; man setzt mit dem vielen Getränk aus.“

„Am 4. Tage Aderlass und Application von *Extr. rad. Pyreth.* auf die Vesicatorstelle.“

„Am 5. Tage ist der Ton nach hinten etwas heller, die Respiration besser und kein Blasebalggeräusch mehr hörbar.“

„Am 6. und 7. Tage. Leichtes Blasebalggeräusch begleitet die Herzschläge, 90 Pulsschläge, 36 Athemzüge.“

„Wiederh. d. Vesic. auf beiden Seiten des Thorax, zwei Suppen, Brusttisane [1]); weisser *Looch* mit *Kerm.* gr. jjj.“

„Den 8. Tag sind die Herzschläge von beträchtlichem Blasebalggeräusch begleitet und die Mattheit unter dem Brustbein sowohl, als in der Gegend der linken Herzhöhlen sehr ausgebreitet.“

„Ein Vesicator von 10″ im Durchmesser nach vorn, und ein anderes eben so grosses in die linke Seite, *Tart. stib.* gr. x auf *aq.* ℥x zu 20 Dosen, alle 10 Minuten eine.“

„Abends um 11½ Uhr tritt der Tod ein.“

„*Leichenbefund:* Der Herzbeutel enthält wenigstens 2 Trinkgläser ziemlich klaren Serums und ist auf seiner innern Oberfläche, so wie das Herz, ganz von zahlreichen Membranen überzogen, von denen einige glatt, andere ungleich wie Chagrinlaffet sind, und gerade wie der Magen von Wiederkäuern

---

1) Die Formel ist: Rec. *Flor. bechic.* ʒjj *Inf. c. Aq. ferv.* ℥jj *per quadrantem hor. Colat. add. Syr. Capill. V.* ℥j. Br.

aussehen; die rechtseitigen Herzhöhlen sind von polypösen, anscheinend fest organisirten Gesinnseln, die sich ebenfalls, nur in geringerer Quantität, in den linkseitigen finden, erfüllt."

Akuter Gelenkrheumatismus mit Phlebo-Endocarditis.

17) (*J. Bouillaud*, Beobacht. 42. S. 14—15 des II. Bds.)

„Ein ungefähr 30jähriger Soldat wurde den 31. Juli 1825 im *Hôpital de la Garde* wegen einer fieberhaften Krankheit aufgenommen, von der er auch ziemlich schnell genass. Er erhielt bereits wieder Drei-Viertel-Portion, als er am 16. August, einem sehr feuchten Tage, nachdem er im Hof auf einer Steinbank eingeschlafen war, von Fieberbewegung ergriffen wurde."

„Den 17. Lebhafter Schmerz in den Gelenken, besonders den Knieen; starkes Fieber; brennend heisse Haut. (Blutegel an die Kniee, Diät, verdünnende Getränke.)"

Den 18. bis 20. Fortdauer des Reissens und des Fiebers. (Starker Aderlass, Blutegel und blut. Schröpfk. an die Kniee.)"

„Den 21. Das Fieber ist noch heftig und das Blut hat eine Entzündungshaut: dass durch einen neuen Aderlass entleerte Blut bedeckt sich mit einer noch dicken Speckhaut, so dass *Regnault*, der dirigirende Arzt, ausser akutem Gelenkrheumatismus Entzündung der Gefässe diagnosticirt."

„Den 22. und 23. Wenig Veränderung. (Aderlass.)"

„Den 24. und 25. Der Puls ist noch eben so hart und voll, als an den vorigen Tagen, die Haut immer heiss, die untern Extremitäten unbeweglich ausgestreckt; sehr auffallend icterische Farbe. (Aderlass.)"

„Den 25. Um 4 Uhr: die Angst des Kranken nimmt zu, es besteht deutliche Fluctuation im linken Kniee; das aus der Ader gelassene Blut ist mit einer gelblichen Entzündungshaut bedeckt. (Aderlass.)"

„Den 26. Verschlimmerung aller Symptome (Aderlass); der Tod erfolgt in der Nacht."

„*Leichenbefund*, 9 Stunden nach dem Tode."

„1) Gefässsystem: Die innere Membran des äusserlich blassgelben Herzens zeigt fast durchgängig eine dunkle Röthe, die sich bis zu den Klappen des linken Herzens erstreckt und obschon gleichmässig verbreitet, doch auf der innern Membran der Aorta blässer ist. Faserstoffige und eiweissartige Klumpen und Blutgerinnsel in den Herzhöhlen; die *vena portae* mit ihren Verzweigungen und die innere Membran der *Art. cruralis* ist stark geröthet; die *saphena interna* in der Mitte des Schenkels in einer Länge von 3″ purpurroth, verdickt und in ihrer ganzen Länge entzündet.“

„2) Gelenke: Eine grosse Menge gelben und consistenten Eiters in der Kapsel des Kniegelenkes, dessen Synovialmembran geröthet und verdickt ist.“

„3) Respir. Org. Zellige Anheftungen in beiden Brusthöhlen, serös-blutige Anschoppung des hintern Theiles beider Lungen.“

„4) An den Verdauungs-Organen und dem Gehirn ist nichts zu bemerken; die Hirnhäute injicirt.“

Eiterheerde in den Herzwandungen, im Septum und in einem Fleischpfeiler der linken Kammer.

18) (*J. Bouillaud.* Beobachtung 96 unvollständig. Seite 157 des II. Bandes.)

„Ein 58jähriger Chirurg, rheumatischen Affectionen unterworfen, kam wegen eines schweren Anfalls dieser Art ins Hospital Beaujon. Bei seiner Aufnahme waren die Extremitäten kalt und allgemeine Schwäche vorhanden; der Puls hart, gespannt, ziemlich stark und unregelmässig; der Herzschlag umfänglich und stürmisch; die Respiration beklommen, und der Kranke starb einige Stunden nach vergeblich gemachtem Aderlass in einer Ohnmacht.“

„*Leichenbefund* 24 Stunden nach dem Tode: Unter der Fettlage des Herzens fanden sich ½ Dutzend kleine Eiterheerde; durch die innere Membran des Herzens, die an mehreren Stellen geröthet und hier mit einem sehr dünnen Ex-

sudat bedeckt war, bemerkte man 2 gelblich-weisse, auf dem Fleischpfeiler der *valv. mitral.* vorspringende Punkte, die nach gemachtem Einschnitt Eiter ergossen; einer dieser Abscesse ging tief in die Substanz des Fleischpfeilers hinein. Auch in der Substanz der Scheidewand fanden sich mehrere, 2 — 3‴ grosse, mit weissgelblicher Flüssigkeit gefüllte Abscesse, während die übrige, von Eiterheerden freie Substanz graugelblich, erweicht und äusserst leicht zerreissbar war.“

Anscheinend akute Hypertrophie nach akutem Gelenkrheumatismus, von Bertin beobachtet.

19) (*J. Bouillaud.* Beob. 115. S. 219—220 des II. Bds.)

„D. Angelot, ein Schneider, 22 Jahr alt, sanguinischen Temperaments, kam den 12. Januar in das Hospital Cochin. Ausser akutem Gelenkrheumatismus klagte er gleichzeitig über einen Schmerz in der linken Seite und nach der Basis der Brust zu, die übrigens gewölbt und überall sonor war. Harter, voller, gespannter Puls und sehr starke Herzschläge; blasses Gesicht; reichlich schwitzende Haut; feuchte und weissbelegte Zunge; gespannter, gegen Druck empfindlicher Unterleib.“

„Den 2. Tag nach seiner Aufnahme wurden die Gelenkschmerzen heftiger und bei der geringsten Bewegung unerträglich, das Athmen mühsam, die Zunge an ihren Rändern geröthet, der Durst sehr stark, nach 2—3stündlichem Frost folgte heftige Hitze und reichlicher Schweiss; der Herzschlag war stärker, und das Beben des Pulses deutlicher.“

„Den 5. Tag hatten die Symptome etwas nachgelassen, aber die rheumatischen Schmerzen stiegen an den folgenden Tagen auf's Aeusserste und minderten sich am Sten mit der Abnahme der Gelenkgeschwulst, während die Herzschläge an Stärke immer zunahmen.“

„Den 9. Tag entstand ein stechender Schmerz in der Gegend der 12. linken Rippe, der durch einen Aderlass von

℥xjj zwar gehoben wurde, allein am andern Tage mit Herzklopfen und vibrirendem Puls zurückkehrte.“

„Den 12. Tag waren die Symptome des Rheumatismus verschwunden, der Herzschlag jedoch noch eben so heftig und der vibrirende Puls andauernd, die Verstopfung wurde durch Abführmittel gehoben.“

„Den 15. und 16. Tag waren die Herzschläge und das Vibriren des Pulses nicht mehr so heftig, und an den folgenden Tagen schickte sich der Kranke, der sich vollständig hergestellt glaubte, an abzugehen; allein den 1. Febr. erschien neuerdings ein ziemlich heftiger Schmerz an der nämlichen Stelle, verschwand Abends, kehrte am andern Tage mit grösserer Heftigkeit zurück, um nach abermaligem Verschwinden am darauf folgenden Tage wieder zu kommen und nun anzuhalten.“

„Den 5. Febr. Abends bekam der Kranke nach einem langen Spaziergange heftigen Frost, Ekel und Erbrechen, Husten, starkes Seitenstechen, mühsame und sogar stertoröse Respiration und stürmischen Herzschlag: ein um Mitternacht am Arm angestellter Aderlass erleichterte den Kranken so, dass er am andern Tage aufstehen und sogar spazieren gehen konnte; allein noch am Abend wiederholten sich die genannten Symptome.“

„Am 8. kam blutiger Auswurf hinzu, die Extremitäten infiltrirten sich und wurden kalt, der Puls klein und unregelmässig, das Sprechen äusserst beschwerlich und von Seufzern und Schluchzen unterbrochen.“

„Am 9. trat ein comatöser Zustand ein; die Respiration war geräuschvoll und laut, die zeitherige Blässe des Gesichtes wurde leichenhaft, und der Tod erfolgte Abends 8 Uhr.“

„*Leichenbefund:* Starke Ueberfüllung der Lungen mit Blut: die linke Lunge war etwas nach Oben zurückgedrängt und an einigen Stellen mit dem Rippenfell verwachsen. Gelbliches Serum im Herzbeutel; das Herz war sehr voluminös; die Wände der, um mehr als das Doppelte erweiterten, linken

Kammer, an der Basis über 1″ dick, wurden nach der Spitze zu, obschon sie hier noch sehr deutlich hypertrophisch waren, dünner; die Fleischsäulen stärker als in der Norm. Nichts Besonderes am linken Vorhof und an den Klappen. Die rechte Kammer war in ihren Wänden verdünnt, aber von normaler Capacität, wie der gleichseitige Vorhof; das Lumen der Aorta nicht allein im Vergleich zur Weite des linken Ventrikels, sondern auch absolut betrachtet, ziemlich klein [1]).“ —

20) (*Heyfelder* in: *Heidelberger klinische Annal. Bd. X. Heft 4*, S. 615—617.)

„Ein ungefähr 28jähriger, zu rheumatischen Affectionen prädisponirter, übrigens gesunder und kräftig gebauter Forstmann erkrankte nach einer heftigen Erkältung und Durchnässung an einem rheumatischen Fieber, welches durch ein angemessenes diätetisches Verhalten und gelinde schweisstreibende Mittel behandelt ward. Am vierten Tage der Krankheit stellten sich Schmerzen, Geschwulst und Röthe im rechten Handgelenke und in dem Knie und dem Fussgelenke der linken Seite ein, wogegen örtliche Blutenziehungen, Einhüllung der leidenden Theile in Wachstaffet, der Brechweinstein zu einem Grane stündlich und warme Limonade als Getränk verordnet wurden; dabei war die Haut warm und feucht, die Zunge weiss, der Kopf eingenommen, die Respiration etwas beklommen, der Puls beschleunigt und voll. Die Nacht brachte der Kranke schlaflos und unruhig zu, empfand am folgenden Morgen keine Schmerzen in den erwähnten Gelenken mehr, wohl aber in sämmtlichen Artikulationen der rechten obern und untern Extremitäten, welche überdies stark geschwollen nicht die leiseste Bewegung gestatteten und nun ebenfalls in Wachstaffet eingewickelt wurden, nachdem ein reichlicher Aderlass angeordnet worden war, der

1) „Die Unvollständigkeit des Sectionsberichtes ist zu bedauern; denn den oben beobachteten Symptomen zufolge war wahrscheinlich akute Pleuropneumonie mit Endoperiearditis vorhanden.“

eine auffallende, wiewohl vorübergehende Erleichterung hervorbrachte. Nach Verlauf von zehn Stunden waren die Schmerzen aus allen Gelenken verschwunden, nur in beiden Knieen empfand der Kranke noch unerträgliche Schmerzen, zu deren Beseitigung an die leidenden Theile zwanzig Blutegel angesetzt wurden. Mit dem Einbruch der Nacht schien der Kranke Ruhe zu bekommen, aber schon nach einem zweistündigen Schlafe erwachte er unter einem grossen Angstgefühle, unter Dyspnöe, Schmerzen in den Präkordien, Herzklopfen und einem unregelmässigen Pulse. In diesem Zustande war der Kranke noch am nächsten Morgen, wo ich ihn *per Auscultationem et per Percussionem* untersuchte und auf der merklich aufgetriebenen Präcordialgegend einen auffallend matten Ton und kein Respirationsgeräusch entdeckte. Dabei waren sämmtliche Gelenke frei von Geschwulst und Schmerzen, die Haut überall duftend, der Durst erträglich, die Zunge an den Rändern und an der Spitze roth, in der Mitte schleimig weiss belegt, der Stuhlgang natürlich, der Urin roth und nicht copiös. Der Kranke erhielt einen Aderlass und innerlich Calomel zweistündlich zu zwei Gran, äusserlich auf die Hand- und Fusswurzeln Sinapismen mit Canthariden tinctur befeuchtet, welche Mittel einen vorübergehenden Nachlass der Zufälle bewirkten, die gegen Abend wieder stärker hervortraten und durch die Application von achtzehn Blutegeln und von einem grossen Blasenpflaster auf die Brust nicht im Geringsten gemildert wurden. Gegen Morgen war der Schmerz in den Präcordien unerträglich, der Puls unregelmässiger, die Dyspnöe stieg, die Präcordialgegend schien stärker hervorgetrieben und gab unter der Perkussion einen sehr matten Ton. Ein Geräusch, wie unter dem Drucke von neuem Leder gehört wird, ein Symptom, auf das bekanntlich *Collin* aufmerksam gemacht hat, konnte ich nicht entdecken. Ein nochmaliger Aderlass schaffte keine Erleichterung, wiederholte Senfteige auf die von Geschwulst und Schmerzen vollkommen freien Extremitäten blieben ohne

Wirkung, und der Tod erfolgte am Ende des neunten Tages bei vollem Bewusstsein des Kranken.“

„Bei der nach zwanzig Stunden vorgenommenen Section fand sich nichts Abnormes im Gehirn und an den Lungen. Dagegen war der Herzbeutel ungewöhnlich ausgedehnt, und enthielt eine röthliche trübe Flüssigkeit, seine innere, dem Herzen zugekehrte Fläche war mit einer festen, ungefähr eine Linie dicken, etwas höckerigen Pseudomembran bekleidet. Eine ähnliche Pseudomembran, aber weniger fest und dick, bedeckte die seröse Membran des Herzens, welche bekanntlich eine Fortsetzung des Perikardii ist. Das Herz bot nichts Abnormes dar, obwohl im rechten Ventrikel sich polypöse Massen vorfanden. Die Gebilde des Unterleibs waren ohne Ausnahme von normaler Beschaffenheit.“

21) (*Heyfelder* S. 617—619).

„Eine 40jährige Wäscherin, die wiederholt an rheumatischen Affectionen gelitten hatte, wurde nach einer starken Erkältung von einem acuten herumschweifenden Rheumatismus befallen, der trotz einer entzündungswidrigen Behandlung und trotz wiederholten allgemeinen Blutentziehungen in sechs Tagen fünfmal seinen Platz gewechselt und sämmtliche Gelenke der obern und untern Extremitäten ergriffen hatte, welche sämmtlich nach einander der Schauplatz reissender Schmerzen, einer bedeutenden Geschwulst und auffallenden Röthe wurden, so dass die Kranke sich zu bewegen durchaus ausser Stande war.“

„Am siebenten Tage liessen die eben erwähnten Erscheinungen nach, der Puls zeigte eine geringe Frequenz, die Haut war weich, der Urin fast kritisch zu nennen, und die Kranke konnte zum erstenmal sich dem Schlafe hingeben. Aber schon nach drei Stunden erwachte sie, fühlte sich weniger behaglich als vor dem Schlafe, und klagte über Unruhe und Dyspnöe, so dass sie die horizontale Lage im Bette nicht beibehalten konnte; dagegen waren sämmtliche Gelenke durchaus frei von Schmerzen, Röthe und Geschwulst. Gegen Abend stieg die

Angst und die Dyspnöe, der Puls war etwas hart und unregelmässig, der Urin wenig copiös und nicht mehr kritisch, das Gesicht verzogen. Die Kranke klagte über einen zuckenden Schmerz unter der linken Mamma und in den Präcordien, welcher geringe Remissionen zeigte und von Zeit zu Zeit so heftig wurde, dass die Patientin laut schrie. Die Lage der Kranken, die Respiration und ein Druck mit der Hand auf die Brust schienen keinen Einfluss auf die Zu- oder Abnahme des Schmerzes zu haben, die Präcordialgegend war nicht aufgetrieben, aber unter der Percussion matt tönend, und zwischen dieser und der linken Mamma konnte ich mit dem Stethoscope kein Respirationsgeräusch wahrnehmen, indess dieses auf keiner andern Brustpartie fehlte. Die Herzschläge waren unregelmässig und ungleich. Ein Geräusch, wie zusammengedrücktes neues Leder macht, fand ich nicht. Die Kranke erhielt einen Aderlass, Sinapismen auf die Hand- und Fussgelenke, innerlich abwechselnd Calomel zu zwei Gran und Brechweinstein zu einem Gran. Es erfolgte in der darauf folgenden Nacht keine Erleichterung, weder Erbrechen noch Stuhlgang, der daher durch reizende Klystire bewerkstelligt und unterhalten wurde: das Gesicht der Kranken war mehr entstellt, blass und kalt, die Extremitäten kalt, Arterien- und Herzschläge fortwährend ungleich und unregelmässig, die Zunge an den Rändern und an der Spitze roth, in der Mitte weiss belegt, die Präcordialgegend nicht aufgetrieben, aber, wie früher, Sitz eines unerträglichen Schmerzes. Beide oberen und unteren Extremitäten wurden mit Sinapismen, der mittlere Theil der Brust mit einem Blasenpflaster belegt, obige innerliche Mittel fortgereicht.“

„Am neunten Tage der Krankheit und am dritten seit dem Verschwinden der rheumatischen Zufälle erfolgte der Tod bei vollkommenem Bewusstsein der Patientin.“

„Bei der Leichenöffnung, die nach 24 Stunden gemacht wurde, fiel der auffallend ausgedehnte Herzbeutel in die Augen,

welcher ungewöhnlich viel röthlich trübe Flüssigkeit enthielt, auf seiner innern, dem Herzen zugewendeten Fläche stark geröthet und mit einer ausgespritzten Lymphe bedeckt war. Alle übrigen Organe sämmtlicher Höhlen, auch das Herz mit den grossen Gefässen und die Lungen zeigten keine Spur einer abnormen Beschaffenheit.“

22) (*A. L. Richter*, in der Medicinischen Zeitung d. Vereins für Heilkunde in Preussen. 1834, Nr. 46, S. 218.)

„Der Musketier Johann Ludolph vom 16. Infant.-Regt. wurde am 19. März d. J. wegen eines mässigen rheumatischen Fiebers ohne alle entzündliche Localaffection in das Garnison-Lazareth zu Düsseldorf aufgenommen, erhielt wegen gleichzeitiger gastrischer Symptome ein Brechmittel, und musste ein diaphoretisches Regimen beobachten. Bis zum 24. März bildete sich bei dem Gebrauche des Ammoniums und Brechweinsteins in kleinen Gaben ein mässiger Rheumatismus articulorum aus, der Anfangs die Unterextremitäten und besonders die Kniee inne hatte und später noch die Handgelenke einnahm, ohne jedoch eine heftige, entzündliche Anschwellung herbeizuführen. Es wurde dem Kranken nun der Tartarus stibiatus bis zur Entstehung von Uebelkeit gereicht. Am 24. fing Patient an, über eine drückende, die ganze Brust einnehmende Empfindung, die beim Drucke zunahm, zu klagen und es entstand ein kurzer Reizhusten. — Nach 12 blutigen Schröpfköpfen, einem Vesicatorium auf die Brust und dem Fortgebrauche des Tartarus stibiatus trat keine Linderung ein, die Nacht wurde schlaflos zugebracht, der Druck stieg bis zur Beklemmung und der Puls gewann an Frequenz und Härte. Ein am Morgen vorgenommener Aderlass von 16 Unzen benahm dem Pulse diese Eigenschaften und führte in Verbindung mit gereichtem Nitrum Erleichterung des Athmens und grössere Ruhe herbei. Gegen Abend kehrte jedoch die Brustbeschwerde zurück, der Puls zeigte wieder die vorige Beschaffenheit, der Druck in der Brust concentrirte sich mehr auf

der linken Seite und verband sich mit reissenden und brennenden Schmerzen, erlaubte dem Patienten nur auf dem Rücken mit aufgerichtetem Oberkörper zu liegen und erzeugte eine unbeschreibliche Angst und Unruhe, die selbst im bleichen Gesichte ausgeprägt war und durch Zunahme der Entzündung in den Gelenken gesteigert wurde. Das Herz klopfte sehr heftig, als wollte es die Rippen durchschlagen, der Puls schlug gegen 120 Mal, und war hart und zusammengezogen. Es wurden deshalb am 25. März Abends abermals 2 Pfund Blut am linken Arme entzogen, worauf die Beklemmung und die Angst nachliessen, der Puls sich hob und weicher wurde; nächstdem erhielt Patient 2stündlich 2 Gran Calomel und Senfteige an die Waden. Bis zum 29sten wurden ihm, bei der Rückkehr der angegebenen Zufälle, durch viermaliges Aderlassen noch 6 Pfd. Blut entzogen, 50 Blutegel an die Herzgegend und ein Haarseil zwischen die fünfte und sechste Rippe gesetzt, und dabei Calomel, anfangs rein, später in Verbindung mit der Digitalis, dem Opium und der Ipecacuanha, fortgereicht. Alle diese Mittel vermochten jedoch nicht die Macht der Krankheit zu dämpfen; das aus der Ader gelassene Blut stellte nichts als eine Speckmasse dar, die grosse Angst und Unruhe, die bei der Exacerbation gegen Abend stets etwas heftiger wurden und mit der Beschleunigung und Contraction des Pulses gleichen Schritt hielten, liessen gegen den 31sten zwar im Allgemeinen nach, der Puls verlor seine Härte, behielt aber seine Schnelligkeit, die brennende, drückende und beklemmende Empfindung dauerte fort und liess nur die aufgerichtete Rückenlage zu, und ausserdem trat ein heftiger Speichelfluss, Oedem der Füsse und ein nur mühsam sich lösender roher Auswurf ein. Dass eine Exsudation und Verwachsung des Herzbeutels oder Herzbeutelwassersucht erfolgt sein musste, wurde durch alle Erscheinungen angedeutet; die rheumatischen Affectionen der Gelenke liessen nach und gestatteten einige Beweglichkeit und grössere Ruhe. — Patient erhielt nach dem Aus-

setzen des Calomels anfangs wieder den Tartarus stibiatus, dann jedoch bald kühlende, die Ausscheidung durch Lungen, Haut, Urin und Darmkanal befördernde Mittel. Im Verlaufe der Zeit bis zum 11. April schwanden die ödematöse Anschwellung der Füsse und der Speichelfluss; Patient fühlte sich jedoch sehr matt, brachte die Nächte schlaflos zu, wenn nicht Abends ein Dower'sches Pulver gereicht wurde, legte sich nun ab und zu auf die linke Seite, holte stossweise und langsam Athem, warf zuweilen etwas aus, wobei jedoch in der linken Hälfte des Brustkastens Schmerzen empfunden wurden und klagte fortdauernd über Druck in dieser Seite. Puls- und Herzschlag waren andauernd vermehrt und vibrirend, und wurden am 11. April auffallend langsam und unregelmässig; am folgenden Tage erlag der Kranke. — Die Obduction bestätigte die Diagnose; es zeigte sich nämlich der Herzbeutel überall entzündet, sehr verdickt und mit der hinteren Fläche des Herzens bis an die beiden Ränder desselben durch eine gallertartige Masse verbunden, welche die Abtrennung ohne Mühe zuliess. Die vordere Wand adhärirte nicht am Herzen, war aber eben so stark entzündet und verdickt, und enthielt eine Menge seröser Flüssigkeit. Der entsprechende Theil der vordern oder obern Fläche des Herzens stellte durch seine langen zapfenartigen Auswüchse und Zotten, die wie Krystalle in einer bestimmten Ordnung festsassen, ein vollkommenes Cor villosum dar. Die Wände des Herzens waren verdickt, so dass dessen Umfang etwas vergrössert erschien. Die Lungen enthielten einige zerstreute und nicht erweichte Tuberkeln und waren hin und wieder durch filamentöse Massen mit der Rippenpleura leicht verbunden, liessen aber übrigens keine anderen Spuren einer kürzlich bestandenen Entzündung wahrnehmen. Die übrigen Cavitäten boten nichts Abnormes dar."

23) (*Grisolle:* Fünfzehnter Fall bei *Chomel*, Vorlesungen über Rheumatismus und Gicht, herausgegeben von *Réquin*, übersetzt von *Krupp*. S. 149—156.)

„Akuter Gelenkrheumatismus mit Muskelrheumatismus complicirt; keine Erkältung; keine Erblichkeit. Behandlung durch wiederholte Blutentziehungen (8 Pf. Blut in 5 Tagen). Einige, aber wenig charakteristische und wenig constante Zeichen von Seiten des Herzens. Tod am 24sten Tage nach dem Eintritte des Fiebers. Section. Keine organische Veränderung der Gelenke, geringe Pericarditis, (Endocarditis?) seröser Erguss im rechten Brustfellsack.“

„Louise Mignet, Näherin, will nie an einer rheumatischen Affection gelitten haben, sondern stets gesund gewesen sein. Vor 7 Jahren hatte sie geboren. Ihre Menstruation erscheint regelmässig und fliesst nur 2—3 Tage; sie wohnt im 7ten Stocke in einer engen dunklen Strasse. Ihre Nahrung ist gut. Sie kennt in ihrer Familie Niemanden, der Rheumatismus oder Gicht gehabt hätte.“

„Louise wurde mehrmals über die Umstände, welche der gegenwärtigen Krankheit vorhergingen, befragt; sie versichert aber, sie habe sich nie erkältet, sie habe weder gelaufen, noch habe sie übermässig gearbeitet. Am 13. März spürte sie beim Nähen plötzlich Schmerzen im Hintern, den Oberschenkeln und Waden. In den folgenden Tagen konnte sie nur mühsam ihre täglichen Geschäfte verrichten; aber am 18. wurde der Schmerz so heftig, dass sie das Bett hüten musste. Es tritt Fieber ein und gleichzeitig werden alle Gelenke der unteren Extremitäten auf einmal ergriffen. Am 21sten, dem neunten Tage der Krankheit, wird die Kranke in einer Tragbahre in den Saal der Klinik gebracht und an demselben Tage bei der Abendvisite von *Grisolle* examinirt. Er fand folgendes: Sie ist eine Frau mittlerer Grösse; hat kastanienbraune Haare; sie liegt bewegungslos in ihrem Bette, klagt sehr über Schmerzen in den Muskeln der Lendengegend, der Waden und des Oberschenkels, die Füsse sind wenig schmerzhaft, desto mehr die Kniee, die übrigens nicht roth und kaum angeschwollen sind. Die obern Extremitäten und die Gelenke des Stammes sind frei von

Schmerzen; wenig Kopfschmerz; feuchte, nicht belegte Zunge; starker Durst; Anorexie; seit drei Tagen Verstopfung; die Respiration verursacht keinen Schmerz; die Percussion gibt überall einen guten Wiederhall; man hört das Zellengeräusch deutlich an allen Stellen der Präcordialgegend, deren Gestalt keine Umänderung erlitten hat. Wegen des beträchtlichen Umfanges der Brüste kann man übrigens das Herz nicht nach oben und aussen messen; längst des linken Brustbeinrandes ist die Sonorität gut, die Herzschläge sind regelmässig, die beiden Geräusche deutlich und normalen Klanges; die Percussion erweckt keine örtlichen Schmerzen, der Puls schlägt 104mal, ist voll und hart; die Wärme ist duftend. (Aderlass von 18 Unzen). Kein Schlaf, der Schmerz nahm in der Nacht zu. Am 22sten sind die beiden Kniescheiben durch einen Erguss, der sich im Kniegelenke gebildet hat, emporgehoben. Der Schmerz hat in beiden Fussgelenken zugenommen, die Schenkel und Lenden sind sehr empfindlich; 120 volle und harte Pulsschläge; die Hitze ist mässig; der Thorax und das Herz besonders zeigen nur die negativen Resultate, wie Tags zuvor. (Aderlass von 18 Unzen). Am Abend 108 Pulsschläge, ausserordentliche Unruhe, unerträglicher Schmerz, der Wehklagen auspresst; die Anschwellung der Füsse und Kniee hat zugenommen. (Aderlass von 18 Unzen.) Kein Schlaf; Schmerz und Unruhe eben so. Um 9 Uhr verordnete *Grisolle* 2 gr. Opium, die die Schmerzen lindern und die Kranke einige Stunde ruhigen Schlafs geniessen lassen."

„Am 23sten 96 volle und harte Pulsschläge; das erste Herzgeräusch ist etwas heller, der Schmerz etwas weniger stark; die unteren Extremitäten sind mehr angeschwollen und von kugeliger Form. Die beiden Handgelenke sind schmerzhaft; eine Darmentleerung (Aderlass von 30 Unzen). Auf den Aderlass folgte eine Ohnmacht. Am Abend leistet der Puls mässigen Widerstand und hat 100 Schläge; die Kranke klagt sehr über das Handgelenk, den linken Ellenbogen und beide

Füsse. Das Percutiren der Präcordialgegend erweckt einen unbedeutenden Schmerz an einer 2 Zoll grossen Stelle vom linken Rande des Sternum an in die Queere. Dieselbe Stelle der anderen Seite zeigt diese Empfindlichkeit nicht. Später bemerkt man Wölbung und Mattheit längs des Sternum. Man vernimmt das Zellengeräusch in der ganzen Präcordialgegend. Nach aussen und unten von der Brustdrüse in einem etwa einen Zoll grossen Raume ein sehr leises, das erste Herzgeräusch begleitendes Blasen; keine Dyspnöe; 20 Athemzüge in der Minute; kein Oedem und keine Ohnmacht. Am Abend war der Schmerz so stark, dass man der Kranken 2 gr. Opium gibt, die sie beruhigen und ihr Schlaf verschaffen. Am 24sten Gefühl von grosser Schwäche; allgemeine Blässe; der Schmerz ist fast stechend; weissliche Zunge; kein Stuhlgang; das Blasebalggeräusch hört man stärker, als gestern, verstreut und in der ganzen Präcordialgegend. In gleicher Höhe mit der Brustdrüse vernimmt man ein sehr leises Raspelgeräusch; keine Wölbung; Empfindlichkeit beim Percutiren; dieser Schmerz der Präcordialgegend bei der Percussion ist ausserordentlich schwach und die Kranke würde sich nicht über ihn beklagen, wenn man nicht ihre Aufmerksamkeit auf ihn lenkte. Voller, regelmässiger Puls zu 100 Schlägen. (Aderlass zu 18 Unzen). Am Abend Unruhe und fürchterliche Schmerzen in den Schultern, Handgelenken und Füssen, laute Wehklagen, 20 Athemzüge, 108 ziemlich volle Pulsschläge; das Blasebalggeräusch ist schwächer geworden, das Raspelgeräusch verschwunden. (Aderlass). Da die Kranke dabei in Ohnmacht fällt, konnte man nur 8 Unzen Blut entziehen. (In der Nacht 2 gr. Opium).“

„Am 25sten 112 ziemlich weiche Pulsschläge; in der Präcordialgegend hört man noch dasselbe Blasebalggeräusch und sie ist noch ebenso empfindlich; der Schmerz hat etwas abgenommen; die Kranke hat etwas geschwitzt; kein Stuhlgang, weissliche Zunge; Durst. (*Ol. ricini* ℥ *β*). Es erfolgen mehre Stuhlgänge. Am Abend ist der Zustand derselbe; 104 volle

Pulsschläge. (Aderlass von 18 Unzen). (Das Blut aller Aderlässe war speckhäutig, die Menge des Serum hatte mit der Zahl der gemachten Aderlässe zugenommen). Am Abend nehmen die Schmerzen beträchtlich zu und 2 gr. Opium sind nöthig, um die Kranke zu beruhigen."

„Am 28sten duftende Wärme, weicher Puls zu 104 Schlägen. Dasselbe Blasen, Gefühl von grosser Schwäche, anämische Blässe; das linke Knie und der linke Fuss sind sehr schmerzhaft und angeschwollen, alle Gelenke des rechten Arms sind afficirt (Tisane von Graswurzeln). Die Kranke wehklagt und schreit den ganzen Tag über. Zu ihrer Beruhigung sind 3 Gran Opium erforderlich."

„Vom 27sten März bis zum 1sten April wechselt die Zahl der weichen Pulsschläge von 100 bis zu 116. Die Hitze ist trocken, die Zahl der Athemzüge steigt von 20 auf 30, das Blasebalggeräusch bleibt dasselbe, bald diffus, bald auf die Nachbarschaft der Brustdrüse beschränkt; ein einziges Mal hört man ½ Tag lang ein leises Raspelgeräusch 2 Zoll nach aussen vom Sternum; die Präcordialgegend ist bei der Percussion stets empfindlich; man hört in ihr das Zellengeräusch normal; kein abnormer matter Wiederhall längs des Sternum; weissliche Zunge; Durst; seltner Stuhlgang; die Schmerzen bleiben auf die Füsse, Kniee, das linke Handgeleuk und die linke Schulter beschränkt. (Hühnermilch)."

„Am 1sten April grosse Niedergeschlagenheit; der Präcordialschmerz hat zugenommen; die Respiration ist in der Präcordialgegend, die weder gewölbt ist, noch matt wiederhallt, rein; das Blasebalggeräusch dauert fort; 30 Athemzüge; der regelmässige, gleiche, wenig starke Puls hat 116 Schläge; weder Oedem, noch Syncope, noch Delirium; die Zunge ist etwas trocken, die Schmerzen unverändert (20 Blutegel auf die Herzgegend). Am Abend 40 Athemzüge, 100 Pulsschläge; der weiche Puls setzt 4—5 mal in der Minute aus; man hört kaum das Blasebalggeräusch; die Kranke ist sehr niederge-

schlagen; die Blutegel haben geringen Blutverlust bewirkt. (Vesicatorium auf das Sternum; Kataplasmen mit Senfmehl auf die Waden).

„Am 2ten dieselbe Unregelmässigkeit des Pulses; der, obgleich voll, kaum dem Drucke des Fingers Widerstand leistet; das Blasebalggeräusch ist auf einen kleinen Raum beschränkt; Schlummersucht; keine Lipothymie; die rheumatischen Schmerzen nehmen dieselben Gelenke ein. Da das Blasenpflaster nicht gezogen hat, so legt man es am Abend wieder auf. Der Puls, den man einige Minuten lang gezählt hat, intermittirt nicht mehr und hat 104 Schläge.

„Am 3ten etwas Delirium in der Nacht; 100 regelmässige Pulsschläge; 40 Athemzüge; häufiger Husten ohne Auswurf und Rasseln. (*Infus. rad. gram.*; Bouillon; Sinapismen)."

„Am 4ten hat die Empfindlichkeit der Präcordialgegend ganz aufgehört, das Blasebalggeräusch ist kaum noch wahrzunehmen; der Puls ist unregelmässig; die Hitze der Haut ist ziemlich stark, Schlummersucht, unruhige Träume. Am Abend sind die Schmerzen in den Lenden, den Handgelenken, der Schulter und dem Ellenbogen sehr stark geworden; starke und beissende Hitze; breiter, ziemlich harter Puls zu 108 Schlägen, häufiger Husten, überall pfeifendes Rasseln in der rechten Seite; Unruhe; etwas Delirium (Aderlass von 13 Unzen); das Blut ist nur stellenweis mit einer Speckhaut bedeckt; der Blutkuchen ist weich; das Serum bildet ¾ der ganzen Masse."

„Am 5ten regelmässiger, weicher Puls zu 108 Schlägen, fortdauerndes Blasebalggeräusch."

„Am 6ten sind die Schmerzen schwächer."

„Am 7ten hat das Blasebalggeräusch vollends aufgehört, die Herzschläge haben ihren vollkommenen Klang. (Um jeden Irrthum zu vermeiden, auskultirte *Grisolle* mehrmals die Herzgegend anderer Frauen im Saal, die an keiner Affection dieses

Organs litten); das Delirium hat aufgehört; der Gesichtsausdruck ist ruhig.“

„Am 8ten befriedigender Zustand. (Bouillon).“

„Am 9ten findet man, ohne dass Frost oder Schmerz vorherging, das Respirationsgeräusch in dem untern Viertel der rechten Brusthöhle etwas schwach und den Wiederhall etwas dumpf; 100 regelmässige Pulsschläge; natürliche Herzgeräusche; die Gelenkschmerzen haben aufgehört.“

„Am 10ten hatte die Kranke eine starke Gemüthsbewegung und wirft kurz nachher einige röthliche, etwas visköse Sputa aus; das untere Drittel des rechten Rückens hallt matt wieder. Bronchialrespiration und absetzender Wiederhall der Stimme; 108 schwache Pulsschläge; 44 Athemzüge; Dyspnöe; keine Röthe oder Oedem; Unruhe; unwillkürlicher Stuhlabgang (Grosses Blasenpflaster auf den Thorax). In der Nacht starb die Kranke.“

„Section: 30 Stunden nach dem Tode.“

„Der äussere Habitus zeigte nichts Bemerkenswerthes; keine Infiltration von Serum oder Blut; kein Zeichen von Fäulniss; die Wohlbeleibtheit ist ziemlich gut erhalten.“ —

„Gelenke. Die Schulter, die Handgelenke, die Füsse und Kniee haben ihren gewöhnlichen Umfang wieder, doch sind die Muskeln der linken Hand etwas schlaffer; die linke Patella ist durch die Synovia etwas in die Höhe getrieben; das Innere dieser Gelenke ist weiss und glatt; eine kleine Menge visköser, gelber, halbdurchsichtiger, geruchloser Synovia fliesst aus ihnen. Alle Theile dieser Gelenke zeigen weder in der Consistenz, noch in der Farbe, noch in der Dicke eine wahrnehmbare Veränderung.“

„Schädelhöhle. — Keine Injection, keine Gewebsveränderung; die Hirnsubstanz ist im Allgemeinen weich.“

„Brusthöhle. — Lungen. — Pleura. — In dem Lungenflügel und der Pleura der linken Seite findet man nichts Pathologisches. Der rechte *Saccus pleurae* enthält eine Pinte

durchsichtiger Serosität ohne Flocken. Die Costal- und Pulmonalpleura sind glatt, ohne Pseudomembranen oder Granulationen. Das untere Drittel des rechten Lungenflügels ist dicht, nicht morsch und durchaus luftleer; die Bronchien sind bläulich. Keine deutliche Spur von Pneumonie.“

„Herz. Herzbeutel. — Das Pericardium enthält 2 Esslöffel voll citrongelbes Serum. Das Pericardium ist weder roth, noch verdickt, noch mit falschen Membranen bekleidet, auch der Theil nicht, welcher die Ventrikel und die vordere Fläche der Atrien überzieht. Auf der hinteren Fläche der letztern sitzen einige falsche, körnige oder streifige, grauliche, dünne adhärirende, neugebildete, ohngefähr 1½ Quadratzoll grosse falsche Membranen. Das Pericardium ist unter ihnen glatt und nicht verdickt. Das Herz ist vergrössert, sein Gewebe roth, seine Consistenz gut, sein vertikaler Durchmesser von der Basis bis zur Spitze beträgt 4½ Zoll. Als man den linken Ventrikel der Länge nach geöffnet hatte, konnte man mit dem Zeigefinger aus seiner Höhle in das linke Atrium dringen, ohne Widerstand zu finden. Rings um das linke *Ostium venosum* bemerkt man kleine Granulationen von der Grösse eines Stecknadelkopfs bis zu der eines Hirsekorns, die zusammenfliessen oder einzeln stehen, graulich und ziemlich hart sind. Die *Chordae tendineae* der längs der hintern Wände der Ventrikel liegenden *Musculi papillares* sind mit einer weichen, graulichen, granulösen, wenig anhängenden, morschen Materie umwickelt, die am rechten Ende der Klappen in eine Masse vereinigt ist, so dass sie ihr eine Dicke von 8 Linien gibt. Diese Vermehrung der Dicke wird gleichfalls durch eine Pseudomembran auf dem Theile der Klappe, der die untere Wand des Atrium bildet, verursacht. Dieses krankhafte Erzeugniss ist sechs Linien gross, sehr fest anhängend, wenig körnig, auf der Oberfläche graulich und den falschen Membranen, die auf dem Pericardium an den hinteren Flächen der Atrien liegen, etwas ähnlich. Die morsche Materie, die nach unten die

Dicke der Klappen verstärkt, breitet sich 1 Zoll in die Queere aus und bildet dicht am *Orificium aortae* 3 Linien von der Spitze der *Valvulae sigmoideae* (*semilunares*) einen 10 Linien hohen Vorsprung in die Herzhöhle. Diese Geschwulst ist weich, auswendig graulich und warzig, inwendig etwas warzig, wie schwammig und lässt sich ziemlich leicht vom Herzen abtrennen, dessen innere Membran an dieser Stelle graulich, undurchsichtig und verdickt bleibt. Am freien Rande der Aortenklappe befindet sich ein warziger, graulicher Streifen, der durch ähnliche, aber dichter stehende Granulationen, wie die in dem linken *Ostium venosum*, gebildet wird. Sie stehen in den Vertiefungen, welche die Klappen von einander trennen, in kleinen warzigen, weichen, graulichen Massen, die dem syphilitischen Blumenkohl ziemlich ähnlich sind. Die *Aorta* ist gesund und über den Klappen 25 Linien dick."

„Im ganzen Umkreis des rechten *Ostium venosum* sieht man Granulationen von der Grösse eines kleinen Hirsekorns, die beinahe den Zustand der beim *Orificium aortae* beschriebenen Granulationen zeigen. Die Höhlen der beiden Herzkammern ist bedeutend vergrössert; der linke Ventrikel ist an der Basis 5½—6 Linien; der rechte 1—1½ Linien dick (die *Musculi papillares* nicht mit eingerechnet). Das Herz enthält in allen Höhlen schwärzliche, nicht anhängende Blutklumpen; das Parenchyma und das venöse System enthält wenig Blut."

„Unterleibshöhle. — Die sorgfältige Untersuchung der in ihr enthaltenen Organe zeigte, dass sie völlig gesund waren."

24) (*Bouillaud* in: Neue Untersuchungen über den akuten Rheumatismus der Gelenke übersetzt von *Kersten* 1837, S. 46—47).

„Ein Mann in den Dreissigern, der wegen zweier Anfälle von Gelenk-Rheumatismus im Saint-Louis, später noch wegen Krankheiten derselben Art im Hôtel-Dieu und in der Charité behandelt war, wurde in den ersten Tagen des Septembers 1835 bei uns aufgenommen; er war durch Diarrhoë ganz er-

schöpft, hatte bedeutenden Ascites und Anasarca und starb schon am 17. September.“

„Unter den anatomischen Veränderungen, die sich bei der Section fanden, deute ich folgende nur an: Milchige Färbung der äussern Oberfläche des rechten Herz-Ohres, dreispitzige Klappe merklich verdickt an dem freien Rande, weisser seröser leicht wegzuwischender Fleck in dem Lungentheil des rechten Ventrikels; einzelne gelbe Punkte auf den valv. mitral. und semilun., die ein wenig verdickt sind. Die Mündungen des Herzens frei; die Ventrikel etwas verengt, vorzüglich der linke, dessen Wände 8—10 Linien Dicke haben. Alte Verwachsungen in beiden Seiten der Brust.“

25) (*Bouillaud* a. a. O. S. 70—71).

„Therese Villancé, eine 27 Jahre alte Köchin, im fünften Monate schwanger, musste sich der Nässe und dem Wechsel der Witterung viel aussetzen; und fing deshalb am 27. Januar an, Schmerzen in den Hüften mit Frieren zu fühlen, die Knie, die Beine, die Handwurzel wurden allmälig auch ergriffen, und so kam die Kranke in die Behandlung von *Piorry*. Am 1. Februar fand man fast alle Gelenke geschwollen, heiss und roth und ein Hydarthron am linken Knie. Obgleich mehre Aderlässe in den folgenden Tagen verordnet waren, so wurden doch nur in Zeit von mehren Tagen aus Irrthum oder Nachlässigkeit zwei gemacht. Daher blieb der Krankheitszustand bis zum 6. März fast unverändert, wo die Kranke von einem todten Kinde entbunden wurde. Es zeigten sich dann Symptome von Metro-peritonitis und die Kranke starb am 9. März um acht Uhr Abends.“ —

„*Leichenbefund.* Das linke Kniegelenk bot äusserlich eine merkwürdige Geschwulst dar, bei deren Oeffnung eine beträchtliche Menge eines wahren Eiters ausfloss, und noch zwei Esslöffel voll zurückblieben. Die Knorpel waren erweicht, und die fibrös-knorpeligen Gebilde auf einigen Stellen zerstört. Die Kapsel selbst zeigte eine dunkelrothe Färbung, und Pseudo-

Membranen waren auf ihrer Oberfläche. Aehnliche krankhafte Veränderungen fanden sich in einem höhern oder niedern Grade in den Fussgelenken. In der Scheide war eine röthliche mit Eiter vermischte Flüssigkeit, die innere Fläche der Gebärmutter war etwas erweicht, aber kein Eiter in ihrer Substanz so wenig wie in den Venen derselben und der Vena cava wahrzunehmen. (Journal hebdomadaire 12. April 1834).“

26) (*Bouillaud* in: Herzkrankheiten; Beobacht. 169, S. 70.) (*Legroux a. a. O. Obs. 1e. Endopericarditis*).

„Eine Dienstmagd, 40 Jahre alt, verliess 1825 das Spital, wo sie 6 Wochen lang an acutem (angeblich mit entzündlicher Affection der Brustmuskeln, wahrscheinlich aber des Herzens selbst complicirtem) Gelenk-Rheumatismus gelegen hatte, in befriedigendem Wohlsein, kehrte 1 Monat später dahin zurück und bot jetzt folgende Symptome dar: Schmerz im Epigastrio, Erbrechen, kleiner gespannter, häufiger und regelmässiger Puls, kurzes und häufiges Athmen, kein Schmerz in der Brust; diese Krankheit, die für eine Gastritis gehalten wurde, endete mit dem Tod.“

„*Leichenbefund.* Die vordere Fläche der Kammer war innig mit dem Herzbeutel und dem Brustbein durch ein fibröses Gewebe verwachsen, welches dem der Arterien ähnlich war. Zellige Verwachsung der Lungen mit dem Rippenfell; der rechte Ventrikel und Vorhof, beide Hohlvenen, die Schlüsselbein-, die innern Drossel- und die Schenkelvenen, desgleichen die Lungenarterie bis in ihre feinsten Aeste enthielten ein grosses pulpöses Gerinnsel, von dem sie beinahe zu 3 Viertheilen ausgefüllt wurden: sein speckhäutiger Ueberzug war 2—3‴ dick und liess sich wie die Epidermis von macerirter Haut von dem darunter liegenden, durchgängig ziemlich festen schwarzen *Coagulum* abziehen. Eine weissgelbliche, knotige, den Pseudomembranen auf entzündeten serösen Häuten ähnliche Materie, die Hirsekorn- und Linsen-grosse Heerde bildete, bestand zwischen der Speckhaut und dem geronnenen Blut,

und nahm in den Gefässen zweiter Ordnung an gewissen Stellen die ganze Dicke des Gerinnsels ein: das Centrum desselben im rechten Ventrikel endlich enthielt einen Kern, dessen Substanz körnig, röthlich, weich einem aus Weizenkleie bereiteten Teig ziemlich ähnlich und wie die benachbarten Lagen von eiterförmigen Klümpchen durchdrungen war, die innere Gefässhaut des Venensystems war ziemlich dunkel, rothbraun und allerwärts glatt.“

Hierher kann auch ein unvollständig erzählter Fall von *Yong* in Guys Hospital Reports gerechnet werden, wovon hier der Leichenbefund: „Die Muskeln dunkelroth; Gehirn und Rückenmark normal; die Lungen bläulich. Die seröse Haut des Herzens dunkel, milchig, undurchsichtig mit zarten Lymphsträngen bedeckt. Die innere Haut des linken Atriums gelb, an den etwas verdickten Klappen wie körnig, sandig. Uebrigens nichts Abnormes.“

27) (*Macleod*: über den Rheumatismus. Wismar 1843; S. 83—84).

„1835 wurde in's St. George's Hospital in meiner Abtheilung ein Mann aufgenommen, der an Schmerz und Geschwulst der Kniee und Hüften litt. Die Schmerzen befielen darauf Hand- und Schultergelenke; das erstere schwoll durch Ausdehnung der Synovialmembran an, und wurde äusserlich leicht geröthet. Auch in der linken Schulter war der Schmerz heftig und lange anhaltend. Die hauptsächlichste Affection bestand jedoch in heftigen Schmerzen im rechten Hüftgelenk, mit einer beträchtlichen gespannten elastischen Geschwulst der Leistengegend, welche offenbar mit dem Gelenke in Verbindung stand. Der Schmerz und die Geschwulst in den andern Theilen verloren sich im Verlaufe weniger Wochen, während sie im Hüftgelenke fortdauerten. Der Kranke siechte noch einige Monate hin. Bei Untersuchung der Leiche wurde Eiter in und um das Gelenk gefunden, mit Ulceration der Knorpel und Zerstörung der Ligamente.“

28) (*Macleod* a. a. O. S. 84.)

„Eine Frau wurde in's St. George's Hospital gebracht, welche einen sehr heftigen Rheumatismus gehabt zu haben behauptete, und von einem Arzte in Kensington behandelt war. Sie klagte über Schmerz in allen Gliedern, besonders aber in der rechten Hand und linken Hüfte; die Fingergelenke waren geschwollen, und die Geschwulst hatte die Form der Gelenke. Besonders war das erste Gelenk des Zeigefingers geschwollen, und geröthet. Sie war einen Monat krank gewesen, und mehrere Gelenke waren der Reihe nach ergriffen. Sie wurde fast sterbend aufgenommen, und starb den nächsten Tag.“

„Das afficirte Fingergelenk enthielt einen Theelöffel voll dünnen Eiters; die Membran rund um den Knorpelrand war geröthet. Im linken Hüftgelenk war eine dünne Schicht Eiter in das Zellgewebe ausserhalb des Kapselbandes infiltrirt, innerhalb desselben war es mit dünnem flockigen Eiter angefüllt: das Kapselband war geröthet, der Knorpel jedoch nicht ulcerirt.“

29) (*Macleod* a. a. O. S. 84—86).

„George Combes, 31 Jahre alt, wurde am 23. November 1836 in's St. George's Hospital aufgenommen, nachdem er seit einem Monate an Schmerzen in verschiedenen Gelenken gelitten hatte. Damals hatte er indess keine Schmerzen mehr als im linken Knie, wo derselbe noch heftig fortbestand. Es war weder Geschwulst noch Röthe vorhanden, und er konnte das Knie ohne Schwierigkeit biegen, klagte aber sehr, wenn das Glied gestreckt wurde. Das Allgemeinleiden war unbedeutend.“

„November 30. In Folge einer Erkältung erlitt er einen Frostanfall, dem Hitze und copiöse saure Schweisse folgten. Heute hat er Schmerzen in allen Gliedern, besonders aber in den Knieen und Schultern mit ziemlich starkem Fieber.“

„Am 15. December befand er sich viel besser, besonders hinsichtlich der Affection des linken Kniees, wegen welcher er ursprünglich aufgenommen war; aber am 19. kehrten die

Schmerzen in beiden Knieen zurück, besonders im rechten, dessen Synovialmembranen ausgedehnt waren.“

„Am 24sten war der linke Knöchel schmerzhaft und geschwollen, und eben so der linke Ellenbogen, der äusserlich geröthet war. Der Puls war 116, und der Gesichtsausdruck ängstlich.“

„26sten. Das Metakarpalgelenk des linken Mittelfingers geschwollen, mit wahrnehmbarer Ausdehnung des Gelenks und Röthung der Haut. Die copiösen sauren Schweisse dauern fort.“

„31sten. Die Geschwulst des Fingers und Ellenbogens sehr vermindert; seine Hauptklage ist jetzt über das rechte Knie, welches fortwährend sehr geschwollen ist; die Geschwulst wird durch fluctuirende Ausdehnung des Kapselligamentes erzeugt. Das Glied wird gewöhnlich in halbgebeugter Lage gehalten.“

„In diesem Zustande blieb er mit geringen Veränderungen bis zum 12. Januar, wo er starb.“

„Der Leichnam wurde am folgenden Tage untersucht. Das rechte Knie enthielt fast eine halbe Pinte dünner eitriger mit einigen Flocken gemischter Materie. Die Knorpel waren unversehrt, und von gesundem Ansehen; die Synovialmembran aber war ausgedehnt, unter den vierköpfigen Muskeln hinaufgedrängt, roth und verdickt. Das Metakarpalgelenk des Fingers, der gelitten hatte, wurde zunächst untersucht. Die Beugesehne war erweicht, und erschien wie gesotten, ihres Silberglanzes beraubt; die Gelenkflächen roth, rauh und mit einer dünnen Schichte Eiter überzogen. Der linke Knöchel, welcher dem Grade des Leidens nach den dritten Platz eingenommen zu haben schien, wurde untersucht, zeigte aber ausser einer geringen Röthe keine krankhaften Erscheinungen. Weder der Herzbeutel, noch das Herz zeigten irgend eine krankhafte Veränderung, es wäre denn eine leichte, offenbar alte Verdickung der Mitralklappen. In den Ventrikeln des Gehirns waren zwischen 2—3 Unzen Flüssigkeit.“

30) (*Macleod* a. a. O. S. 86—87).

„Henri Payne, 30 Jahre alt, wurde am 7. October 1829 in's St. George's Hospital in die Abtheilung des Herrn Hawkins aufgenommen. Er hatte früher an wiederholten Anfällen von Rheumatismus gelitten.“

„Vor zwölf Wochen wurde er, nachdem er sich der Nässe und Kälte ausgesetzt hatte, von Entzündung in fast allen Gelenken befallen. Im Verlaufe weniger Tage liess die Krankheit in den übrigen Gelenken nach; aber das rechte Knie wurde schmerzhafter und geschwollen. Zur Zeit seiner Aufnahme war dieses Knie empfindlich, schmerzhaft und sehr von Flüssigkeit ausgedehnt; zugleich fand eine ziemlich starke fieberhafte Aufregung des Systems Statt.“

„In der Nachbarschaft des Kniees wurde durch Schröpfköpfe Blut entzogen, und darauf Blasenpflaster applicirt. Das *vinum Colchici* und darauf Calomel verbunden mit Opium wurden innerlich angewendet. Unter dieser Behandlung hörten Schmerz und Geschwulst des Kniees auf.“

„Am 27sten October wurde er von einer heftigen Entzündung des Schlundes und Kehlkopfes befallen, die indess bald den angewendeten Mitteln wichen.“

„Am 31sten klagte er über heftigen Schmerz in der rechten Seite mit grosser Athemnoth, und am 3. Nov. starb er.“

„Bei der Untersuchung des Leichnams fand man beide Pleurasäcke entzündet, und mit Lymphe überzogen; in den rechten war Serum ergossen. Die Lungen waren ebenfalls entzündet, und einige Theile derselben im Zustande des Brandes. Das Herz war hypertrophisch und der Herzbeutel entzündet; Lymphflocken adhärirten an demselben. Die Synovialmembran des rechten Kniees war mit einer dunkelgefärbten Flüssigkeit angefüllt; sie war nicht eitrig, sondern hatte das Ansehen einer dicken mit Blut tingirten Synovia. Die Synovialmembran war überall geröthet, wie von jenem Secrete gefärbt, und die Gelenkknorpel hatten das Ansehen, als wären sie in derselben

Weise gefärbt worden. Einige kleine Blutextravasate befanden sich in dem Zellgewebe ausserhalb des Gelenkes.“

31) (*Macleod* a. a. O. S. 97—100).

Ein Literat, 37 Jahre alt, hatte vor etwa zwei Monaten an Schmerz mit fluctuirender Geschwulst einiger Gelenke, besonders der Kniee gelitten. Vorzüglich klagte er über das rechte Knie, und es fand sich eine beträchtliche Ergiessung in das Gelenk, was durch eine weiche fluctuirende Vortreibung auf beiden Seiten der Patella und queer über den untern Theil des Schenkels gerade über dem Knie erwiesen wurde. Er nahm jeden Abend 3 Gran essigsaures *Colchicum-Extract* und essigsaures Morphium, dessen Dosis allmälig von ¼—½ Gran gesteigert wurde; aber ohne irgend eine Erleichterung in dem afficirten Theile. Zu Ende Mai beklagte er sich, dass sein Gedächtniss abnehme, so dass er sich schwierig der Worte erinnere; indess war er im Stande in einem offenen Wagen auszufahren, und machte am Sonntag den 2. Juni eine kurze Spazierfahrt.“

„Den nächsten Tag fand ich ihn im Bette, unfähig auf Fragen anders als durch die Einzelsylben „Ja“ und „Nein“ zu antworten. Er drückte seinen Kummer über seine Unfähigkeit zu sprechen durch Gesten aus, und als er gefragt wurde ob er Schmerz im Kopfe oder Schwindel empfinde, antwortete er „Nein“ und schüttelte den Kopf in einer Weise, als wollte er zeigen, dass er vollkommen verstehe, was ihm gesagt wurde. Der Puls war 78 und weich; die Zunge rein. Er klagte nicht über das Knie; aber bei der Untersuchung fand ich die Geschwulst fast ganz verschwunden, in der That hatte alle Fluctuation aufgehört, und es war nur etwas Gedunsenheit der Theile zurückgeblieben. Es wurde reichlich purgirt, und auf das Knie ein Senfteig gelegt.“

„Den 4ten. Dieselben Symptome dauern ohne wahrnehmbare Veränderung fort. 12 Blutegel an die Schläfen, und Wiederholung des Purgirmittels.“

„Den 5ten. In den Frühstunden des Tages schien er besser, indem er sich des Namens seiner Schwester, den er vorher vergessen hatte, erinnerte. Spät am Abend trat ein Anfall von Schreien auf, begleitet von Schielen und gefolgt von häufigem Stöhnen. Blutegel an den Vorkopf, 2 Gran Calomel alle 3 Stunden. Ein Blasenpflaster in den Nacken.“

„Den 6ten. Strabismus verschwunden, aber der Mund wahrnehmbar, wenngleich unbedeutend, zur rechten Seite verzogen, starkes Sehnenhüpfen und häufiges Seufzen. Er beantwortet Fragen, deren Beantwortung nur einsylbige Worte erfordert, deutlich; er sagt „Nein,“ wenn er befragt wird, ob er Schmerz im Kopfe habe, und „Ja,“ wenn er befragt wird, ob er Schwindel habe. Puls 80, etwas gespannt. Blutegel an die Schläfen; 3 Gran Calomel alle 3 Stunden; starke Merkurialsalbe soll frei eingerieben werden.“

„Den 7ten. Sehr wenig Veränderung. Calomel nach der 7ten Dose ausgesetzt, weil es purgirt. Merkurialfrictionen alle 2 Stunden fortgesetzt.“

„Den 8ten. Weit mehr bei Bewusstsein, Gesichtsausdruck verbessert. Der Urinabgang, der ziemlich sparsam war, ist reichlicher geworden. Puls 78. Kein Merkurialgeruch, aber eine wahrnehmbare rothe Linie am Zahnfleisch.“

„Den 9ten. Die Besserung schreitet sichtlich vorwärts; das Zahnfleisch ist entschieden injicirt, aber kein Merkurialgeruch. Er nimmt schwache Rindfleischbrühe reichlich. Er zeigt durch seine Manieren, dass er die Personen um sich erkennt, kann aber selbst seine vertrautesten Freunde nicht nennen.

„Gegen Abend begann er schwach zu werden. Häufiges Zusammenfahren, und beständiges tiefes Seufzen; der Puls nahm an Kraft ab, während seine Frequenz bis 100 stieg. Diese Symptome hielten bis zum Abend des 10ten an, wo er verschied.“

„*Section.* Die Windungen des Gehirns flacher als gewöhnlich; die Arachnoidea injicirt, mit leichten Spuren von Ergiessung. Die Ventrikel enthielten ½—2 Unzen klaren hellen Serums und

jedes *Corpus striatum* schien wie mit einer dünnen Schicht Rahm überzogen; diese konnte jedoch nicht abgewischt werden, und beruhte offenbar auf Verdickung und Undurchsichtigkeit der auskleidenden Membran. Die Windungen der linken *fissura Sylvii* waren verwachsen, durch Entzündung der zwischenliegenden Membran, und die Substanz des Gehirns auf beiden Seiten der Spalte war von gelblicher Farbe mit Flecken, welche kleinen Extravasaten glichen. Das Herz und die andern Brusteingeweide waren vollkommen gesund. Im rechten Knie, welches der Hauptsitz des Rheumatismus gewesen war, war die Kapselmembran verdickt, runzlich, und im ganzen Umfange bis nahe an die Knorpel geröthet. Die Membran war aufwärts gedrängt, so dass die Ausdehnung der Höhle zugenommen hatte, enthielt aber keine aussergewöhnliche Menge von Synovia."

32) (*Macleod* a. a. O. S. 100).

„Ein Mann hatte lange am Synovialrheumatismus gelitten, und die Kapseln waren bedeutend und andauernd ausgedehnt. Eines Tages beobachtete man, dass die Kniee, welche stark geschwollen gewesen waren, schlaff waren — ja um die Hälfte an Umfang abgenommen hatten. Zugleich klagte er über Schmerz im Kopfe, wurde auf der einen Seite gelähmt und starb nach einem Zeitraume von 36 Stunden. Bei der Oeffnung des Leichnams fand man eine Ablagerung grünlich aussehender eitriger Materie über den grösseren Theil der linken Hemisphäre verbreitet, und einen beträchtlichen Erguss in die Ventrikel."

Druck von J. P. Bachem, Hofbuchhändler und Buchdrucker.

Druckfehler.

S.	4	Z. 12	*lies*	bekannt *statt* benannt.
„	„	„ 26	„	Formstörung *st.* Formenstörung.
„	5	„ 12	„	nicht die Rede *st.* nicht, die Rede.
„	„	„ 26	„	formellen Erscheinungen *st.* formellen.
„	„	„ 29	„	Rheuma *st.* Rheum.
„	10	„ 28	„	ausserdem *st.* ausserdem gewiss.
„	21	„ 7	„	sind.“ *st.* sind.
„	48	„ 32	„	S. 104 *st.* S. 72.
„	71	„ 31	„	Gliedmuskeln *st.* Gliedwurzeln.
„	82	„ 22	„	den *st.* der.
„	111	„ 10	„	S. 70 *st.* dort.
„	123	„ —	„	Beschreibung *st.* Leichenbericht.
„	158	„ 10	„	Quecksilberjodür *st.* Quecksilber.

VERZEICHNISS

der

in der Buch- und Kunsthandlung

von

F. C. EISEN IN KÖLN

(Friedrich-Wilhelmstrasse Nr. 2.)

erschienenen

medicinischen Schriften.

Im Verlage der Buch- und Kunsthandlung von F. C. Eisen in Köln ist erschienen und kann durch alle Buchhandlungen Deutschlands, der österreichischen Monarchie und der Schweiz, so wie durch alle deutsche Buchhandlungen in Belgien, Dänemark, England, Frankreich, Griechenland, Russland und Polen, und Schweden und Norwegen auf besondere Bestellung bezogen werden:

Ueber
den Einfluss der Epilepsie
auf die
Geisteskräfte der damit Behafteten und die Grundsätze,
nach welchen die Zurechnungsfähigkeit derselben zu beurtheilen ist.

Von

B. Brach,

Doctor der Medicin und Chirurgie, praktischem Arzt, Operateur und Geburtshelfer, Königl. Preussischem Kreisphysikus des Kreises Bonn, Privat-Docenten an der Königl. Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität daselbst, des Vereins für Heilkunde in Preussen, der Hufeland'schen medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Berlin, der naturforschenden zu Halle, der medicinischen zu Leipzig, der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn, des naturhistorischen Vereins für die Preussischen Rheinlande, des Vereins für Staatsarzneikunde im Königreich Sachsen, des Vereins Grossherzogl. Baden'scher Beamten zur Förderung der Staatsarzneikunde, so wie der Königl. Preussischen Akademie gemeinnütziger Wissenschaften zu Erfurt ordentlichem, ausserordentlichem und correspondirendem Mitgliede.

1841. gr. 8. VI. und 58 Seiten. geh. Preis: 15 Sgr.

In dieser Schrift sind die bedeutenderen Aussprüche und Meinungen über diesen Gegenstand zusammengestellt und nach Beleuchtung und

Bekämpfung der extremen Ansichten diejenigen Grundsätze aufgestellt worden, die bei Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit Epileptischer zur Basis dienen müssen. Besonders ist auf den Werth der von E. Platner so trefflich geschilderten krankhaften Gemüthsstimmung der Epileptischen hingewiesen und gezeigt worden, wie diese abnorme Gemüthsstimmung, die insana malitia epileptieorum, auch ohne das Vorhandensein einer ausgeprägten Form von Geisteskrankheit bei Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit durchaus mit in Anschlag kommen müsse.

Die meisten Recensionen, z. B. die von Nicolai in der medicinischen Zeitung des Vereins für Heilkunde in Preussen, Jahrgang 1841, haben sich günstig über diese kleine Schrift ausgesprochen.

CHIRURGIA FORENSIS SPECIALIS

oder

Gerichtsärztliche Beurtheilung

der

an den verschiedenen Theilen des menschlichen Körpers

vorkommenden Verletzungen.

Von

B. Brach.

1843. gr. 8. XIV. und 444 Seiten. geh. Preis: 2 Thlr. 15 Sgr.

Die Verletzungen, wie sie an den einzelnen Theilen des menschlichen Körpers vorkommen, sind unstreitig das Hauptcapitel der gerichtlichen Medicin, worüber am häufigsten im praktischen Leben verhandelt wird und worüber die Physiker täglich zu oft so schwierigen und verwickelten Gutachten aufgefordert werden. So oft und scharfsinnig aber auch in der neuesten Zeit über das Allgemeine der Verletzungen gestritten worden ist, so ist doch der specielle Theil derselben seit Bohn's classischem Werk im Zusammenhang und voll-

ständig nicht mehr bearbeitet worden. Demnach möchte das vorliegende Werk, in welchem das fragliche Thema ausführlich und vollständig bearbeitet ist, allen Gerichtsärzten und solchen, die sich für die gerichtliche Medicin interessiren, sehr willkommen und unentbehrlich sein.

Kaum war auch das Werk erschienen, als sich von verschiedenen Seiten gewichtige Stimmen zu seinem Lobe erhoben. So z. B. schrieb darüber der nun verstorbene Medicinalrath und Regimentsarzt Dr. Grossheim, Leibarzt Seiner Königl. Hoheit des Prinzen von Preussen, in der medicinischen Zeitung des Vereins für Heilkunde in Preussen, Nro. 51 (December) des Jahrgangs 1842: „Der Verfasser, durch die Gediegenheit seiner Arbeiten bereits rühmlich bekannt, hat sich seiner schwierigen Aufgabe mit Liebe zugewendet und er übergibt in dem vorliegenden Werke dem betheiligten Publikum eine Arbeit, welche allgemeiner Anerkennung gewiss sein darf und ganz besonders von den gerichtlichen Aerzten und Wundärzten mit grosser Befriedigung wird entgegen genommen werden. Die nähere Angabe des Inhalts wird dies am genügendsten im Voraus verbürgen, u. s. w.“ Am Schlusse der Recension sagt er: „Ueber die Nothwendigkeit der Amputation, namentlich auch bei fortschreitendem Brande, und über die Beurtheilung der Unterlassung derselben hat der Verfasser sich zum Schlusse des Werkes ausgelassen, bis zu welchem Referent ihm mit Vergnügen und nicht ohne vielfältige Belehrung gefolgt ist. Der Verfasser hat sich durch dieses Buch, so wie durch sein früheres Werk: Ueber den Einfluss der Epilepsie auf die Geisteskräfte der damit Behafteten, und die Grundsätze, nach welchen die Zurechnungsfähigkeit derselben zu beurtheilen ist, (Köln, 1841), unter den gerichtsärztlichen Schriftstellern einen ehrenvollen Platz gesichert, und es steht zu wünschen, dass seine Verhältnisse ihm ferner gestatten möchten, einzelne Zweige der gerichtlichen Arzneikunde aufzufassen, und sie dem heutigen Stande der Wissenschaft gemäss zu bearbeiten.“

In den Annalen der Staatsarzneikunde, herausgegeben von Schneider, Schürmayer und Hergt, 8. Band, 3. Heft 1843, sagt der Grossh. Badische Medicinal-Rath und Hofgerichts-Medicinalreferent, Herr Dr. P. J. Schneider: „Freudig begrüsst Referent diese Schrift, welche einem nicht geringen Bedürfnisse in der gerichtsärztlichen Lite-

ratur abzuhelfen bestimmt ist, daher als sehr zeitgemäss und wahrhaft verdienstlich erscheint. Mit grosser Belesenheit, genauer Sachkenntniss, reifer Beurtheilungskraft und reicher Erfahrung ausgerüstet, handelt der würdige, durchaus unbefangene Herr Verfasser in klarem, bündigem, lichtvollen Vortrage alle Theile des menschlichen Organismus ab, welche auf irgend eine Weise verletzt werden können, bezeichnet jedesmal in kurzen, kräftigen Zügen die rationelle Therapie nach dem neuesten Standpunkte der praktischen Medicin und operativen Chirurgie, theilt überall die wichtigsten, gehaltreichsten Ansichten und Urtheile der ausgezeichnetsten Chirurgen und Lehrer der gerichtlichen Medicin über die gerichtsärztliche Bedeutung der so verschiedenartigen Verletzungs-Modalitäten jedes einzelnen Organs mit, und lässt jedesmal zuletzt seine Ansicht, als das Resultat seiner achtbaren Forschungen und gereiften Erfahrungen folgen, so dass das Ganze als wirklich lehrreich und instructiv erscheint."

„Ein wesentlicher Vorzug dieser interessanten Schrift besteht aber hauptsächlich darin, dass die mannigfaltigen Verletzungen der einzelnen Organe möglichst vollständig und präcis darin abgehandelt sind, während diese in den Lehrbüchern der gerichtlichen Medicin natürlich nur ganz kurz, wenigstens doch bei weitem nicht so ausführlich und erschöpfend, wie hier, angegeben sind, wodurch der Gerichtsarzt aber auch wirklich in den Stand gesetzt wird, seinem von ihm abzufassenden Gutachten die grösstmöglichste Vollständigkeit und Genauigkeit bei der gerichtsärztlichen Beurtheilung der Verletzungen in concreto zu geben."

Nach specieller Durchgehung des Werkes und einigen Ausstellungen, die der Herr Recensent macht, sagt derselbe zum Schluss: „Möge der Herr Verfasser diese Ausstellungen freundlich aufnehmen, die ja nur Zeugniss geben sollen von der aufrichtigen Achtung des Unterzeichneten für das preiswürdige, verdienstvolle Streben des gelehrten Herrn Verfassers, damit diese seine werthvolle, praktisch sehr nützliche Schrift, die in keiner gerichtsärztlichen Bibliothek fehlen sollte, recht bald die grösstmöglichste Vollständigkeit erhalten möge."

Ueber den Werth

der

BAYRISCH-HENKE'SCHEN

Methode der Feststellung

des

Lethalitäts-Verhältnisses der Verletzungen
und ob es wünschenswerth sei,

dass dieselbe nach ihrem ganzen Umfange auch in Preussen eingeführt werde?

von

B. Brach.

1844. gr. 8. VIII u. 56 Seiten. geh. Preis: 15 Sgr.

In dieser Schrift, über welche uns noch keine Recensionen zu Gesicht gekommen sind, zeigt der Verfasser die Uebelstände und Inconvenienzen, die daraus hervorgehen, wenn der Gerichtsarzt dem Bayerischen Gesetzbuche und der Henke'schen Ansicht gemäss nach einem seiner Wissenschaft fremden und schwankenden Begriffe von Tödtlichkeit den objektiven Thatbestand der Tödtung durch eine Verletzung feststellen soll, — er zeigt, wie unbestimmt und schwankend der von der Bayerischen Gesetzgebung aufgestellte und von Henke vertheidigte Unterschied zwischen einem gelegentlichen und causalen Nexus bei tödtlichen Verletzungen ist, — wie es unstatthaft ist, bei tödtlich abgelaufenen Verletzungen von der angewandten Kunsthülfe absehen zu wollen, — wie die verschiedenen Grade der Lethalität nicht geeignet sind, um daraus einen Schluss auf dolus oder culpa des Thäters zu machen u. s. w. —

Gewiss wird jeder Unbefangene bei Durchlesung der Schrift die Richtigkeit der Ansichten des Verfassers einsehen und sich davon überzeugen, dass es unmöglich Sache des Arztes sein kann, den objektiven Thatbestand der Tödtlichkeit einer Verletzung, und noch dazu nach einem ihm aufgedrungenen Begriffe von Tödtlichkeit, festzustellen und auszusprechen. Und so möchte die Schrift Vieles zur endlichen, befriedigenden Lösung der interessanten und schwierigen Aufgabe beitragen.

CHIRURGIA FORENSIS GENERALIS

oder

Gerichtsärztliche Beurtheilung

der

an den verschiedenen Theilen des menschlichen Körpers

im Allgemeinen

vorkommenden Verletzungen.

Von

B. Brach.

1845. gr. 8. (unter der Presse.) Preis: etwa 2 Thlr. 15 Sgr.

Wenn die Chirurgia forensis specialis die Verletzungen abhandelte, wie sie an den einzelnen Theilen des Körpers vorkommen, so wird dieses Werk die Verletzungen im Allgemeinen, ihre verschiedenen Klassen, als Wunden, Erschütterungen, Quetschungen, Verbrennungen, u. s. w., ihre forensischen Eintheilungen und deren Werth für das Criminalrecht, die Wirkung der verschiedenen, verletzenden Werkzeuge und die Kennzeichen der dadurch bewirkten Verletzungen sowohl während des Lebens, als nach dem Tode, überhaupt alle allgemeinen Verhältnisse der Körperverletzungen abhandeln, und somit eine nöthige Zugabe zu jenem erstern Werke oder vielmehr den ersten Theil desselben darstellen.

Lehrbuch

der

gerichtlichen Medicin.

Von

B. Brach.

1845. gr. 8. (unter der Presse.) Preis: etwa 3 Thlr. 15 Sgr.

Die Aufgabe des Verfassers bei Bearbeitung dieses Werkes war, die gerichtliche Medicin nach dem heutigen Standpunkte und zwar umständlicher und für den praktischen Gebrauch geeigneter, als sie gewöhnlich in den Lehr- und Handbüchern enthalten ist, abzuhandeln.

Die Entbindung
VERSTORBENER SCHWANGERN
in
geburtshülflicher und forensischer
Beziehung.
Von
Dr. Jgnaz Düntzer,
praktischem Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer
in Köln am Rhein.

1845. gr. 8. VI und 34 Seiten. geh. Preis: 10 Sgr.

Diese für den Arzt und den Rechtsgelehrten, wie für jeden denkenden Menschen gleich interessante Abhandlung beleuchtet mit Kritik und in einer dem dermaligen Standpunkte der Wissenschaft entsprechenden Auffassung die Behandlung lebloser Schwangern, mit Rücksicht auf die Rettung der Leibesfrucht, sucht aufs Genaueste die für den Kaiserschnitt und die Entbindung auf natürlichem Wege angemessenen Fälle zu bestimmen, und einen neuen, von den bisherigen Mängeln und Unvollkommenheiten möglichst freien Gesetzentwurf geltend zu machen.

REGIMEN
SANITATIS SALERNITANUM.
Gesundheitsregeln
der
Salernitanischen Schule.
Lateinisch und im Versmaasse der Urschrift verdeutscht
nebst
der Geschichte der Schule.
Herausgegeben
von
Dr. Jgnaz Düntzer.

1841. gr. 8. XII u. 36 Seiten. geh. Preis: 10 Sgr.

Herstellung des Urtextes durch geläuterte und gesunde Kritik, eine die Eigenthümlichkeiten und Schönheiten des Originals ganz wiedergebende fliessende Uebersetzung, so wie die dankenswerthe Zugabe der Geschichte der salernitanischen Schule sind die unbestreitbaren Vorzüge dieser Bearbeitung des höchst interessanten diätetischen Lehrgedichts des zwölften Jahrhunderts.

Ueber
die diätetische und medicinische Anwendung
des
Zuckers.

Von

Dr. Joh. Jac. Günther,

Königl. Preussischem und Herzogl. Nassauischem Medicinalrathe, der Kaiserl. Leopoldinisch.-Carolinischen Academie der Naturforscher, so wie mehrer anderer Gelehrten-Vereine Mitgliede, praktischem Arzt in Köln am Rhein.

Zweite, mit Zusätzen vermehrte Ausgabe.

1836. 12. VI und 38 Seiten. geh. Preis: 5 Sgr.

Nachdem der Herr Verfasser das Natur- und Kunstgeschichtliche des Zuckers, so wie die Bereitungsarten desselben in der Kürze vorgetragen, zeigt er, wie der Zucker von jeher als besänftigendes und auflösendes Mittel in den Affectionen der Brust von den Aerzten empfohlen, hingegen späterhin beschuldigt wurde, dass er die Galle zu flüssig und scharf mache, die Zähne angreife und den Scorbut erzeuge. Diese Beschuldigungen sind indess durchaus ungegründet, wie andere Aerzte darthaten, die von ihm rühmen, dass er die wohlthätigsten Wirkungen auf die Organe der Brust und des Unterleibes äussere, dass er die Fäulniss verhindere, dass er gerade das beste Erhaltungsmittel der Zähne sei, wesshalb denn auch Leute, die viel Zucker geniessen, häufig ein sehr hohes Alter erreichen. Slare, Gaub, Pringle, Bisset, Lüders, Behrens, Mönch sind Apologeten des Zuckers. Besonders auch empfiehlt Rush den Gebrauch des Zuckers als eines vortrefflichen Nahrungsmittels, eines sehr wirksamen Wurmmittels und als des sichersten Verwahrungsmittels gegen die Pest und ansteckende Krankheiten, so wie er auch sicher glaubt, dass sein häufiger Gebrauch die bösartigen Fieber vermindere und besonders bei Brustbeschwerden von dem entschiedensten Nutzen sein werde. In der neuesten Zeit aber empfahl Hufeland den Zucker gegen Verdauungsbeschwerden, die von Verschleimung und Verstopfung der Eingeweide herrühren, und alle die lästigen Uebel, die aus dieser Quelle entsprin-

gen. Der Herr Verfasser fand den grossen Nutzen, den er in diesen Krankheiten, so wie gegen gichtische und Hämorrhoidalbeschwerden leistet, glänzend und vielfach bestätigt. — Das interessante Schriftchen verdient nicht nur von Aerzten, sondern von Allen gelesen zu werden, die an fehlerhafter Verdauung leiden und gegen die vielfachen Beschwerden, die dadurch entstehen, ein eben so angenehmes, als treffliches Heilmittel kennen zu lernen wünschen.

Die

Hülfe bei Scheintodten

und plötzlich

in Lebensgefahr Gerathenen,

nebst der

Beschreibung eines Rettungsapparates.

Eine Abhandlung

für Aerzte und Nichtärzte.

Von

J. C. F. Rolffs,

Doctor der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe, praktischem Arzt und Operateur zu Mülheim am Rhein, Königl. Preussischem Kreisphysikus des Kreises Mülheim und Ehrenmitgliede des Apotheker-Vereins im nördlichen Deutschlande.

1843. 12. 48 Seiten. geh. Preis: 7½ Sgr.

„Der Verfasser veranlasste die Stadt Mülheim am Rhein zur Aufstellung eines Rettungsapparates, der sich durch Wohlfeilheit und Zweckdienlichkeit auszeichnet. Von diesem gibt er hier Nachricht, und fügt zugleich die zweckmässige Behandlungsweise der Scheintodten und in Lebensgefahr Gerathenen bei. Speciell bespricht er die Behandlung der Scheintodten überhaupt, insbesondere die der Ertrunkenen, Erfrorenen, Erwürgten und Erhängten, Erstickten, vom Blitz Erschlagenen, Vergifteten, und der scheintodten Neugeborenen, nachdem

er vorher die einzelnen, hierbei in Gebrauch zu ziehenden Mittel gewürdigt hat. Die Schrift, das reinpraktisch Brauchbare bietend, das ohne Zeitverlust leicht Uebersichtliche enthaltend, verdient Empfehlung, besonders den jüngern Aerzten und Allen, welche sich veranlasst finden, einen Rettungsapparat zum Schutze des Lebens ihrer Mitbürger aufzustellen. Die Schrift selbst sollte zweckmässig in den Händen der Polizei eines jeden Ortes sein, weil diese sehr häufig in den Fall kommt, Scheintodte zu pflegen oder pflegen zu lassen." A.

Medicin. Correspondenzblatt rhein. und westf. Aerzte.
Band II, Nr. 7 vom 1. April 1843.

Man könnte noch zufügen, dass sich jeder Familienvater zur Anschaffung eines Schriftchens veranlasst finden möchte, dessen Inhalt ihn vollkommen belehrt, wie er bei einem Unglücksfalle der oben besprochenen Art das Leben vielleicht eines lieben Angehörigen rettet, zumal nur von möglichst schneller Hülfe guter Erfolg zu erwarten ist.

TASCHENBUCH

zu

gerichtlich-medicinischen

Untersuchungen

für

Aerzte, Wundärzte und Justizbeamte.

Von

J. C. F. Rolffs.

Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage.

1838. 8. XVI u. 212 Seiten. geh. Preis: 1 Thlr.

Die Absicht des Herrn Verfassers bei Abfassung dieses Werkes ist kurz folgende: Da bei jeder gerichtlich-medicinischen Untersuchung so viele Einzelnheiten zu berücksichtigen und in genaue Betrachtung zu ziehen sind, dass möglicher Weise ein angehender Gerichtsarzt oder ein nicht gerichtlicher Arzt, der von der Behörde zu einer solchen

Untersuchung requirirt wird und dio praktischen Uebungen eines Kreisphysikus nicht besitzt, mehro von den vielen bei jeder Untersuchung zu stellenden Fragen unbeachtet liesse, wo dann später sein mangelhafter Bericht die richterlichen Verhandlungen vielleicht erschwert und verwickelt, so erachtete der Verfasser es für zweckmässig und einem wirklich vorhandenen Bedürfnisse entsprechend, eine Art von Promptuarium auszuarbeiten, worin er bei jeglichem Untersuchungsgegenstande der gerichtlichen Medicin alle Umstände, auf welche der untersuchende Arzt seine Aufmerksamkeit zu richten hat, zusammengestellt.

In der Berliner medicin. Central-Zeitung, Jahrgang 1833, Nr. 26, heisst es schon über die erste Auflage: „Dieses kleine Promptuarium dürfte sowohl angehenden als selbst auch solchen, schon längere Zeit prakticirenden Aerzten, die zu gerichtlich-medicinischen Untersuchungen requirirt werden können, ohne darin stete Uebung zu haben, nützlich sein. Der Verfasser hat bei der Ausarbeitung dieses Hülfsbuches die Schriften vorzüglicher Gerichtsärzte, wie Brinkmann, Henke, Jörg, Klose, Klug, Krompholz, Mende, Metzger, Roose, Wildberg u. A. mit Umsicht benutzt, und wie es scheint, nichts Wesentliches übergangen, was bei solchen Inquisitionen in Betracht kommen könnte.“

„Das Werkchen beginnt mit einem Abriss der Anatomie, wo, um dem Gedächtniss des Obducenten zu Hülfe zu kommen, fast nur die Namen aufgezählt und die Lagen bloss bei einzelnen Theilen angegeben sind. Dann wird dasjenige numerisch aufgezählt, was sowohl bei den Obductionen in Folge aller, nur erdenklich verschiedener Todesarten von Kindern und Erwachsenen, von verheiratheten und schwangern Individuen beiderlei Geschlechts, wie bei der Untersuchung auf Geisteskrankheiten anzumerken ist, und endlich enthält der letzte Abschnitt die auf Leichen-Untersuchungen sich beziehenden gesetzlichen Bestimmungen überhaupt.“

In dieser zweiten Auflage sind nicht bloss alle betreffende Verordnungen nachgetragen, sondern es wurde auch ein etymologisches Verzeichniss aller einschlagenden Kunstausdrücke beigegeben, und Manches berichtigt und ergänzt, wodurch der Werth des Werkes erhöht ist.

Mutterpflichten

oder

Anweisung für Mütter

zur regelmässigen Entwickelung der Frucht und des Kindes, so wie auch zur Erleichterung der Geburt und Erhaltung ihrer eigenen Gesundheit.

Von

J. C. F. Rolffs.

1833. gr. 12. X und 166 Seiten. geh. Preis: 15 Sgr.

Es ist überflüssig, den Gegenstand des obigen Werkchens der Aufmerksamkeit des Publikums und besonders des weiblichen Geschlechts zu empfehlen. Die Wichtigkeit desselben wird jede Mutter fühlen, indem von der Beobachtung der Regeln, wie man sich während der Schwangerschaft zu verhalten habe, nicht allein die gesunde und regelmässige Ausbildung der Frucht und des Kindes, sondern auch die Gesundheit der Mutter vor und nach der Geburt abhangen. In einer klaren, höchst verständlichen Darstellungsart hat der Herr Verfasser, den eine lange Praxis in diesem Zweige der Heilkunde befähigte, die Verhaltungsweise während der Schwangerschaft und die glückliche Wirksamkeit seiner angegebenen Vorsichtsmaassregeln durch Selbsterfahrung kennen zu lernen, Alles berührt, was für Schwangere zu wissen nützlich ist. Besonders viel Gewicht hat er, wie billig, auf die diätetischen Einflüsse der Schwangerschaft, auf das Verhalten während der Geburt und auf die Nahrung und Pflege der Kinder gelegt; schwerlich wird man in einem andern Werke von so geringem Umfange so Vieles und Beachtungswerthes zusammengedrängt finden. Der Herr Verfasser hat einen vollständigen Lehr-Cursus über diese Gegenstände geliefert und diesen in einer solchen lichtvollen Kürze, dass Mütter jeglichen Standes leicht das Werk verstehen und die darin aufgestellten Grundsätze und Regeln eben so leicht im Gedächtnisse behalten werden.

Der Herr Geheime Medicinalrath Kluge, Director der Charité, Abtheilung für Chirurgie und Geburtshülfe, in Berlin, spricht sich über

dieses Buch in der Berliner medicin. Zeitung, II. Jahrgang Nr. 11 vom 13. März 1833, folgender Maassen aus:

„In einer fasslichen Sprache sucht der Verfasser dio Frauen über ihre Pflichten, welche ihnen als Mütter obliegen, zu unterrichten, geht daher mit ihnen, belehrend und rathgebend zugleich, die Zeiträume der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes und des Säugens sorgsam durch, und zeigt ihnen, wie sie hier, für sich und für ihr Kind, zur Verhütung und ersten Abwendung der Gefahren, sehr wirksam sein können, sich aber auch eben so sehr vor gewagten Unternehmungen zu hüten haben, bei Ereignissen, wo nur ein Sachkundiger Hülfe zu leisten vermag. Nach diesem Inhalte muss Referent wünschen, dass dieses Büchlein unter den Frauen bekannt, gelesen und beherziget werde.“

Das epidemische
Katarrhal-Fieber,
auch
die Grippe und Influenza genannt,
die Wichtigkeit des Hustens und Schnupfens, so wie deren Verhütung und Heilung.

Eine Abhandlung für Nichtärzte.

Von

J. C. F. Rolffs.

1833. 8. VI u. 30 Seiten. geh. Preis: 5 Sgr.

Der Herr Verfasser zeigt in der vorstehenden Schrift, wie man sich vor der Grippe und dem Katarrhe überhaupt schützen kann, und was der Leidende während der Krankheit und nach derselben zu thun hat, um den Verlauf derselben sehr zu mildern und gefährlicheren Nachkrankheiten vorzubeugen. Die Abhandlung ist demnach ein zeitgemässes Schriftchen, das die Beachtung des Publikums verdient, und nach unserer Ansicht den Anforderungen, die man einer volksbelehrenden Schrift über eine epidemische Krankheit machen darf und kann, völlig genügt.